



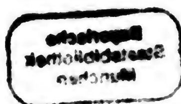
ARCHIVES
MÉDICALES
DE STRASBOURG,

PUBLIÉES

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

TOME QUATRIÈME.

STRASBOURG,
DERIVAUX, LIBRAIRE, RUE DES HALLEBARDES, 23.
PARIS,
GERMER-BAILLIÈRE, LIBRAIRE, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13 *bis*.
1837.



STRASBOURG, IMPRIMERIE DE G. SILBERMANN.

ARCHIVES
MÉDICALES
DE STRASBOURG.



Observations d'accouchement et de chirurgie; par M. Mistler, médecin cantonal à Sélestat.

Observations d'implantation du placenta sur le col de la matrice.

Parmi les causes de dystocie, l'implantation du placenta sur le col de la matrice mérite une attention toute particulière; l'hémorrhagie qui en est la suite, sinon inévitable[1], du moins très-fréquente, peut compromettre également l'existence de la mère et de l'enfant: elle exige des secours aussi prompts qu'efficaces, et dans la majorité des

[1] M. Velpeau, dans son *Traité de l'art des accouchemens*, t. II, p. 81, cite plusieurs observations qui démontrent que le placenta implanté sur le col peut se décoller en entier et descendre dans le vagin sans produire de perte.

cas l'accouchement forcé est le seul moyen à employer avec quelque confiance. Cependant dans les pertes par implantation *partielle*, les secours manuels ne sont pas toujours indispensables comme le prouve l'observation suivante:

PREMIÈRE OBSERVATION.

Implantation partielle du placenta sur le col de la matrice. Violente hémorrhagie. Emploi du seigle ergoté, suivi de succès.

Marie Adolf, de Sermersheim, canton de Benfeld, jeune fille de vingt ans, grosse et courte, était au commencement du huitième mois de sa gestation, lorsque, dans la soirée du 19 novembre 1835, elle fut prise subitement de légères douleurs dans la région rénale, qui, bientôt, s'étendirent dans tout l'abdomen, mais principalement vers la partie inférieure. On fit aussitôt appeler la sage-femme; elle trouva la fille baignée dans son sang. Ne sachant à quoi attribuer cette hémorrhagie, elle pratiqua le tamponnement et me fit chercher sur-le-champ. A mon arrivée, je reconnus au toucher une implantation partielle du placenta sur l'orifice interne de la matrice: le col était en partie effacé, et l'orifice externe avait l'étendue d'une pièce de 2 francs. Les contractions étaient très-faibles et rares; mais chaque fois qu'elles se faisaient sentir, une grande quantité de sang sortait par les parties génitales.

J'étais sur le point de terminer l'accouchement par la version, quand j'eus l'idée d'employer le seigle ergoté; je pensai qu'en activant les contractions utérines, le placenta pourrait se détacher spontanément du côté où il n'adhérait qu'en partie, et qu'alors la poche des eaux, si toutefois il s'en formait une, pourrait remplir les fonctions d'un tampon, en appliquant la partie placentaire détachée

contre celle du côté opposé. Je me tenais cependant sur mes gardes, bien résolu de terminer l'accouchement dans le cas où la force de l'hémorrhagie menacerait les jours de la femme.

Mes prévisions se réalisèrent; au bout de deux heures de temps, et après l'emploi de 40 grains de seigle ergoté aromatisé, les contractions ainsi que l'hémorrhagie devinrent plus fortes; mais celle-ci s'arrêta bientôt et ne se renouvela plus. La poche des eaux commença à se former, et bientôt elle se prolongea jusque vers la vulve. J'en fis l'ouverture dès que l'orifice parut suffisamment dilaté; il en sortit une grande quantité de liquide; et bientôt après la femme mit au monde un enfant vivant, un peu chétif, mais qui a cependant continué à vivre. La délivrance du placenta s'opéra une demi-heure après.

Dans le cas que nous venons de rapporter, la cause de l'hémorrhagie était facile à découvrir. Déjà l'époque de la gestation à laquelle la perte s'est manifestée (commencement du huitième mois) pouvait faire présumer une implantation du placenta sur le col. L'expérience a démontré en effet, que la plupart des hémorrhagies qui surviennent à la fin de la seconde moitié de la grossesse sont dues à cette cause; c'est au point que plusieurs accoucheurs distingués, M. le professeur Nægelé entre autres, regardent la perte, au septième ou au huitième mois, comme un signe presque infaillible de la position vicieuse du placenta. Il existait d'un autre côté un symptôme qui caractérisait parfaitement la perte par suite d'implantation du placenta sur le col, c'est l'augmentation de l'hémorrhagie à chaque contraction de la matrice. La raison de ce phénomène est facile à concevoir: à chaque contraction, les bords de

l'orifice interne de la matrice s'éloignent de son centre; de là décollement du gâteau vasculaire d'avec les parties sur lesquelles il est greffé, et par suite hémorrhagie d'un côté par les sinus utérins qui restent béans, de l'autre peut-être par le placenta lui-même, qui parfois se déchire. Le toucher ne laissait enfin plus aucun doute sur la cause de la perte; il nous avait démontré l'existence d'une implantation du placenta, mais il avait fait découvrir en même temps que cette implantation n'était que partielle. Or, dans ces cas, et quand le travail s'établit, peut-on espérer une solution heureuse par les seuls efforts de la nature? Les règles de l'art prescrivent d'agir et de terminer l'accouchement aussi promptement que possible; les secours manuels seront nécessaires dans la majorité des cas, rarement il doit être permis de les négliger. Si l'hémorrhagie en effet est abondante, la femme déjà affaiblie, et que le travail marche lentement: l'accouchement forcé est le plus sûr moyen à tenter. Mais dans notre cas, la malade n'était pas encore trop affaiblie; on pouvait espérer qu'en hâtant les contractions utérines, la nature opposerait elle-même une barrière à l'hémorrhagie, que la poche des eaux ou la tête du fœtus formeraient une espèce de tampon, et que l'accouchement pourrait ainsi se terminer naturellement. Le seigle ergoté activa les contractions de la matrice, et notre attente ne fut point déçue; l'hémorrhagie, d'abord plus violente, s'arrêta dès que la poche des eaux s'était formée. Nous avons épargné de cette manière à la femme des douleurs, et à l'enfant, le danger de la version et d'un accouchement par les pieds[1].

[1] C'est dans les cas d'implantation du placenta analogues à celui dont M. Mistler rapporte l'observation que la rupture des membranes peut être pratiquée avec beaucoup de chances de succès.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Implantation centrale du placenta sur l'orifice interne de la matrice. Hémorrhagie. Version. Guérison.

Le 13 du mois de février 1831, je fus appelé chez la femme Krohmer, de Sermersheim, âgée de quarante-cinq ans et fortement constituée, pour lui donner mes soins. Elle était au commencement du huitième mois de la grossesse, et enceinte pour la sixième fois. Les cinq premières couches avaient été heureuses. Depuis deux jours, quelques légères douleurs s'étaient fait sentir dans les reins, et s'étaient étendues de là à tout le bas-ventre. En même temps que ces douleurs, il s'était manifesté une hémorrhagie utérine très-abondante. La sage-femme ne sachant à quoi l'attribuer, avait pratiqué une saignée, probablement dans l'intention de détourner le flux du sang des organes générateurs; mais, au lieu de s'arrêter, l'hémorrhagie était devenue plus forte, ainsi que les contractions. On eut recours au tamponnement, et je fus mandé.

A mon arrivée, je trouvai la femme dans l'état suivant :

Le but que l'auteur a atteint au moyen du seigle ergoté, est rempli aussi facilement et plus sûrement peut-être par l'évacuation des eaux. Cette opération stimule énergiquement les contractions de la matrice qui, revenant fortement sur elle-même, s'applique exactement sur le fœtus ; la tête de ce dernier presse dès-lors sur l'orifice, et comprime en même temps la partie du placenta déjà décollée contre la paroi externe du bassin.

Quoique dans l'observation de M. Mistler l'hémorrhagie ait cessé dès la formation de la poche des eaux, il nous paraît cependant infiniment probable que cette cessation dépendait bien plutôt de la compression exercée par la tête du fœtus que de celle qu'a pu opérer la poche des eaux.

(Note des rédacteurs.)

Face pâle et bouffie; yeux caves, troubles et enfoncés dans les orbites; lèvres bleues; dents à découvert; pouls faible et fréquent; syncopes, etc. Les contractions se faisaient encore sentir de temps à autre, mais très-faiblement; elles étaient chaque fois suivies d'une nouvelle perte. Au toucher, je reconnus une implantation du placenta sur le col de la matrice; l'orifice externe était entr'ouvert comme une pièce de 30 sous; les bords étaient très-épais et tuméfiés.

En introduisant mon doigt, je rencontrai une masse spongieuse, mamelonnée et adhérente de tous côtés. Appréciant la gravité du cas, je fis part de mes craintes aux parens, et je proposai une consultation. On appella deux confrères; pendant qu'on les cherchait, la femme fut tamponnée avec de la filasse trempée dans du vinaigre, ce qui arrêta assez bien l'hémorrhagie.

A l'arrivée de mes confrères, je leur communiquai mes inquiétudes, et j'insistai fortement sur la délivrance prompte de la femme; en effet, c'était le seul moyen qui pût sauver la vie de cette malheureuse.

En conséquence, après avoir convenablement placé la femme, j'introduisis, pendant une légère contraction, ma main droite bien graissée dans le vagin; ensuite, avec mon doigt indicateur et celui du milieu, je tâchai d'élargir l'orifice de la matrice, et à fur et mesure que la dilatation s'opérait, je séparai le placenta d'avec la matrice, à peu près dans la moitié de l'étendue de son adhérence. Ceci étant fait, je pénétrai avec la main entière dans la cavité de l'utérus; je fis l'ouverture de la poche des eaux; et j'allai à la recherche des pieds de l'enfant, que je trouvai facilement. La version ainsi que l'extraction s'exécutèrent avec facilité. La délivrance du placenta s'opéra spontanément, quelques minutes après la sortie de l'enfant.

Les couches ont été heureuses; et depuis cette époque, la femme est accouchée deux fois naturellement, et sans aucun secours de l'art.

Si dans le cas précédent les secours manuels ont pu être négligés, ils étaient impérieusement indiqués dans celui-ci. L'hémorrhagie avait été abondante, la femme était affaiblie, le placenta, adhérent au pourtour de l'orifice, ne laissait aucune ressource à la nature : l'accouchement forcé était donc l'unique moyen de salut.

Dans les cas d'implantation centrale, plusieurs accoucheurs, Maygrier et Halma-Grand, entre autres, ont recommandé de perforer, de déchirer le point de l'œuf qui correspond à l'orifice, pour saisir les pieds du fœtus. Nous n'avons pas cru devoir suivre cette pratique; elle nous paraît imprudente et capable de donner lieu aux accidens les plus graves.

Et d'abord les difficultés de détacher le placenta par les bords, seront-elles plus grandes que la perforation du gâteau vasculaire dans son centre, surtout si, ce qu'il est impossible de prévoir, l'insertion du cordon correspondait à l'endroit où la perforation est pratiquée? Il serait difficile de le soutenir, quand on se rappelle que, dans le cas d'implantation centrale, le placenta a acquis, précisément à la partie qui doit être perforée, une épaisseur extraordinaire; d'un autre côté, pense-t-on pouvoir déchirer le tissu placentaire, sans augmenter considérablement la perte du sang, sans compromettre l'existence du fœtus déjà menacée?

L'extraction du fruit lui-même à travers une ouverture nécessairement étroite et peu dilatable, pourrait-elle, enfin, se faire sans difficulté, sans retarder l'accouchement,

alors qu'un moment de retard peut amener la mort de la mère et de l'enfant? Il nous paraît donc préférable de détacher le placenta par un des points de sa circonférence; cette manière d'agir n'expose pas aux mêmes dangers que la perforation du gâteau vasculaire.

TROISIÈME OBSERVATION.

Implantation partielle du placenta sur l'orifice de la matrice. Hémorrhagie. Extraction de deux enfans. Extrême abondance des eaux de l'amnios. Adhérence d'une partie du placenta. Hémorrhagie foudroyante; convulsions. Cessation immédiate de ces accidens après l'extraction de l'arrière-faix. Guérison.

La nommée P***, de V***, âgée de quarante-trois ans, brune, d'une constitution forte et robuste, mère de plusieurs enfans bien portans, et qui sont venus heureusement au monde, était à la fin du sixième mois de la septième grossesse: lorsque, tout d'un coup, et sans cause connue, elle commença à perdre du sang par les parties génitales; en même temps elle eut une forte épistaxis. On employa différens moyens pour arrêter ces deux hémorrhagies, mais presque sans résultats; car, lorsque je vis la femme, je la trouvai sans connaissance, la face pâle et les lèvres d'un bleu livide. Les extrémités, agitées de mouvemens convulsifs, étaient couvertes d'une sueur froide et visqueuse. L'abdomen était tellement distendu, qu'il s'étendait jusqu'à la partie moyenne des cuisses, et cachait tout-à-fait les parties génitales. Les contractions étaient rares et très-faibles. Au toucher, je rencontrai le col de la matrice à peu près au niveau de l'angle sacro-vertébral; il avait encore ½ pouce de longueur, mais ses bords étaient mous et flasques.

En introduisant le doigt dans sa cavité, on rencontra,

au-dessus de l'orifice externe, une masse spongieuse, détachée à gauche, mais fortement adhérente au côté opposé.

Dans la position critique où se trouvait cette femme, il ne me restait d'autre moyen que celui de la délivrer le plus promptement possible. J'introduisis deux doigts dans le col de l'utérus, que je tâchai de dilater, afin de pouvoir y placer les autres, puis la main entière, ce qui s'exécuta sans beaucoup de difficultés. A peine arrivé dans la cavité utérine, je trouvai, tout à l'entrée, le placenta qui occupait tout le côté droit, tandis que du côté opposé on rencontrait la poche des eaux: celle-ci fut aussitôt rompue; la quantité d'eau qui s'en écoula était tellement abondante, que le lit et la chambre en furent inondés. J'allai à la recherche des pieds de l'enfant pour faire la version. Cette opération se fit très-facilement.

Quoique l'écoulement des eaux de l'amnios, ainsi que l'extraction d'un enfant, eussent considérablement diminué le volume du bas-ventre, il restait cependant plus gros qu'après les délivrances naturelles. Cet état fit penser qu'un second enfant pourrait bien être contenu dans la matrice. En effet, je reconnus au toucher un second fœtus, qui présentait la quatrième position de la tête, tandis que le premier avait offert la première position des fesses, particularité qui se rencontre fréquemment dans les grossesses doubles. Ce second enfant ne fut extrait qu'une demi-heure après le premier, parce que je craignais qu'en agissant autrement, et qu'en vidant trop promptement la matrice, elle ne tombât dans un état de collapsus; d'ailleurs l'hémorrhagie ainsi que les convulsions avaient immédiatement cessé après la sortie du premier enfant, la femme avait aussi tant soit peu repris ses sens.

Les enfans qui sont venus vivans au monde étaient

très-disproportionnés quant à leur développement, le premier avait à peine la moitié du volume, et le liquide dans lequel il nageait était six fois plus abondant que celui de l'autre. Ce dernier, qui était enfermé dans une poche de grosseur naturelle, ressemblait à un fœtus de six à sept mois. Tous deux n'ont vécu qu'une demi-heure.

L'accouchée paraissait goûter un peu de repos pendant vingt à vingt-cinq minutes; mais bientôt les accidens formidables que l'on avait remarqués avant l'accouchement revinrent avec une force extraordinaire; les convulsions surtout furent très-violentes; tous les muscles dépendant de la vie animale en furent agités; mais l'hémorrhagie fut un peu moindre qu'auparavant.

Ces symptômes, que j'attribuai en grande partie à la rétention du placenta, durent nécessairement me faire sentir la nécessité de l'extraire le plus promptement possible; mais j'étais loin de m'attendre aux obstacles que je rencontrerais pour l'amener au dehors. Comme une partie était déjà détachée, je croyais que je parviendrais facilement à séparer l'autre portion; mais celle-ci était adhérente, et occupait tout le côté droit de la matrice. J'avais beau l'attaquer dans tous les sens, partout je rencontrai la même résistance, et ce n'est qu'à force de persévérance que je parvins enfin à l'extraire en entier.

A peine la délivrance fut-elle effectuée, que les accidens mentionnés plus haut se dissipèrent comme par enchantement; et malgré la grande prostration dans laquelle la femme était tombée, les forces revinrent petit à petit, sans que le moindre accident n'ait entravé la marche de la convalescence.

Cette observation présente une réunion de causes de

dystocie, heureusement bien rare dans la pratique. Une implantation partielle du placenta provoque, à la fin du sixième mois d'une grossesse double, une hémorrhagie extrêmement abondante; des convulsions, dues probablement à la distension excessive de l'utérus, compliquent cet accident qui nécessite l'accouchement forcé.

Après la sortie du premier enfant, un moment de calme s'établit, et l'extraction du second fœtus ne présente aucune difficulté; tout semble annoncer que le danger est passé, quand tout à coup les accidens reparaissent plus formidables que jamais. L'hémorrhagie est à la vérité un peu moindre; mais les convulsions sont plus fortes.

A quoi attribuer ce retour de symptômes fâcheux? Si la cause de la première hémorrhagie put être facilement appréciée, celle de la seconde ne le fut, si je puis dire, qu'après coup; car il n'existe point de signes bien caractéristiques propres à faire reconnaître, après l'expulsion du fœtus, l'adhérence anomale du placenta, et ce n'est que par la nature des difficultés que présente la délivrance, que cet état peut être positivement reconnu.

S'opposant à une contraction suffisante pour fermer les orifices des vaisseaux béans à l'intérieur de l'utérus, la présence du placenta, dont une portion était libre et l'autre adhérente, devait nécessairement entraîner une hémorrhagie d'autant plus grave que la femme était déjà épuisée par une perte survenue au commencement du travail. Cette seconde hémorrhagie a dû cesser avec la cause qui l'avait produite, et dès que le placenta, entièrement détaché, permît à la matrice de revenir complétement sur elle-même.

Quant aux convulsions, c'est un accident qui accompagne assez souvent l'implantation du placenta sur le col,

et plus souvent encore la rétention de l'arrière-faix : ces deux causes ont existé chez le sujet de cette observation ; l'excessif développement de l'utérus n'a probablement pas été étranger à ce symptôme fâcheux, au moins peut-on le regarder comme une cause prédisposante. Nous noterons, enfin, comme un fait digne de remarque, l'arrêt de développement du premier fœtus coïncidant avec une hydropisie de l'amnios.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Inertie de la matrice. Emploi du seigle ergoté ; son insuccès. Application du forceps au-dessous du détroit supérieur. Déchirure du périnée. Prolapsus de la matrice.

La nommée M***, d'une petite commune du canton de Barr, brune, jeune, mariée à un homme qui a la tête monstrueuse, primipare, était en travail d'enfantement depuis quarante-huit heures, lorsque je fus mandé auprès d'elle. A mon arrivée, je la trouvai exténuée par suite des vains efforts qu'elle faisait pour accoucher. Les contractions qui, au commencement, avaient été très-fortes et suivies, ne se faisaient plus sentir qu'à des intervalles très-longs, et très-faiblement. La tête, en première position, occupait l'excavation du bassin. Comme, du reste, aucun accident ne menaçait les jours de la femme, je pensai qu'en administrant le seigle ergoté, je parviendrais à ranimer l'action de la matrice, et qu'alors les efforts de la nature suffiraient pour expulser le fœtus. En conséquence, je fis prendre toutes les demi- heures 1 paquet de 10 grains de cette substance. La femme prit successivement 13 paquets, qui ne produisirent que de faibles contractions, insuffisantes pour terminer le travail. Voyant que l'appli-

cation du forceps était le seul moyen de salut, j'ordonnai d'abord un bain émollient, dans lequel la femme passa une heure; puis après lui avoir fait prendre une position convenable, j'introduisis successivement les deux branches du forceps, dont la réunion s'opéra très-facilement.

Avant d'exercer des tractions sur l'enfant, je pris la précaution de faire ramener les tégumens des fesses en avant. Les mouvemens imprimés à la tête furent dirigés de haut en bas, et de gauche à droite; et dès qu'elle devint apparente, je fis soutenir le périnée. L'extraction de la tête fut assez difficile, à cause de l'étroitesse de la vulve; mais cependant elle s'opéra dans une minute et demie; elle était plus volumineuse qu'à l'état normal, et ressemblait déjà assez bien à celle de son père. Le placenta suivit immédiatement l'enfant.

L'examen des parties génitales fit découvrir une déchirure assez profonde du périnée; elle s'étendait depuis la partie moyenne de la fourchette jusqu'à la partie latérale gauche de l'anus. Pour remédier à cet accident, je tâchai de réunir les deux bords de la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives, et je recommandai particulièrement à l'accouchée de se tenir couchée sur l'un ou l'autre côté; en même temps, je prescrivis les plus grands soins de propreté. Quoique ce traitement fût continué pendant plusieurs semaines, la réunion de la plaie ne s'opéra que très-imparfaitement. Après la sixième semaine, la femme commença à se lever pour la première fois; mais à peine avait-elle fait quelques pas, qu'elle sentit quelque chose sortir de son ventre (c'était son expression).

Aussitôt appellé, je reconnus un prolapsus utérin presque complet; j'en fis de suite la réduction, et recommandai de nouveau la position horizontale. Le lendemain, je pro-

posai deux moyens pour éviter la rechute : le premier était la suture, pour opérer la réunion immédiate, et le second consistait dans l'application d'un pessaire. On donna la préférence à ce dernier, dont l'emploi réussit assez bien.

Nous avons constaté, dans une précédente observation, l'efficacité du seigle ergoté pour provoquer les contractions utérines ; dans le cas que nous venons de rapporter, tout indiquait l'emploi de ce médicament, puisque l'inertie de la matrice était le seul obstacle à une prompte terminaison de l'accouchement. Malheureusement il en fut ici du seigle ergoté comme de la plupart des médicamens qui, souvent, sans cause appréciable, et, comme nous disons pour voiler notre ignorance, par une idiosyncrasie particulière des malades, restent sans produire l'effet désiré. L'application du forceps devint nécessaire, et l'extraction de l'enfant, quoique sans difficulté, n'en donna pas moins lieu à un accident désagréable pour la mère, la déchirure du périnée. Aurait-on pu l'éviter, en procédant avec plus de lenteur ? Peut-être ; mais la durée du travail (quarante-huit heures), qui, en se prolongeant, pouvait compromettre de plus en plus l'existence de l'enfant, ne permit point de différer son extraction.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Hernie crurale ; étranglement au collet du sac. Opération. Guérison.

La femme Brobecker, âgée de quarante-huit ans, maigre et chétive, encore réglée, a fait 24 enfans dans l'espace de vingt-six ans. Adonnée aux liqueurs spiritueuses depuis plusieurs années, elle a eu, à différentes reprises, de fortes

indigestions. Pendant des efforts qu'elle fit pour rendre les matières contenues dans l'estomac, elle sentit une petite tumeur se former dans l'aîne droite; d'abord indolente, elle devint bientôt douloureuse, et augmenta en même temps de volume. Mon confrère, M. Herzog, fut appelé douze heures après l'apparition des premiers symptômes. A son arrivée, il trouva le faciès altéré, le bas-ventre météorisé et douloureux au toucher. Il existait des vomissemens de matières bilieuses et brunâtres. Attribuant tous ces symptômes à la tumeur qui existait dans la région crurale droite, on tenta, à différentes reprises, le taxis, mais sans succès. Voyant alors que l'opération était le seul moyen de salut, je fus mandé. A mon tour, j'essayai le taxis, soit dans le bain, soit au dehors de l'eau; par ce moyen, on parvenait bien à diminuer le volume de la tumeur; mais aussitôt que la pression cessait, elle reprenait sa forme primitive. A la fin, elle devint tellement sensible au toucher, que la moindre pression faisait souffrir la malade. On discontinua toute tentative de réduction, et on se décida à faire l'opération. Celle-ci fut pratiquée le 6 juin dernier, trente heures après l'apparition des premiers symptômes. L'incision des tégumens, ainsi que des couches cellulo-fibreuses, ne présenta rien de remarquable, si ce n'est que ces dernières adhéraient au sac herniaire. Le sac ressemblait, quant à sa forme et à sa résistance, à un paquet de ganglions engorgés, large et bosselé en haut; il tenait à un pédicule extrêmement mince au devant de l'anneau crural (la forme, ainsi que la dureté de la tumeur, nous ont d'autant plus étonné que nous croyions avoir affaire à une hernie récente). J'essayai, à différentes reprises, d'en faire l'ouverture; mais je ne pouvais jamais parvenir à fixer mes pinces, tant il

était dur et résistant. Alors, je me décidai à opérer le débridement de l'anneau, avant d'ouvrir la poche herniaire; à cet effet, je fis ramener la tumeur en dehors, et avec le bistouri d'Asthley-Cooper, j'opérai l'incision du ligament de Gimbernat, en rasant le pubis. Le sac herniaire fut ouvert à sa partie postérieure, où il était plus mince, et sans changer d'instrument, l'incision fut prolongée en avant, ainsi qu'en arrière, où existait un collet très-étroit: ce collet constituait la véritable cause de l'étranglement; car à peine fut-il divisé, que l'anse d'intestin rentra sur-le-champ, en produisant un léger gargouillement; un morceau d'épiploon contenu dans la poche herniaire, fut aussi réduit, quoiqu'il fût fortement enflammé.

Le pansement consista dans l'application de bandelettes agglutinatives, de quelques compresses graduées et d'un bandage inguinal. Le sac herniaire, qui avait 2 lignes d'épaisseur à son extrémité antérieure, fut replié sur lui-même, et en partie repoussé dans le canal crural; il fut maintenu dans cet état par les compresses graduées et le bandage indiqué.

La guérison de la plaie s'opéra par première intention dans l'espace de quelques jours; mais le bas-ventre continua à être sensible, même douloureux dans quelques points; cependant, moyennant quelques applications de sangsues, des lavemens émolliens et des embrocations sur l'abdomen, la femme se remit insensiblement; et aujourd'hui, deux mois après l'opération, elle a repris ses occupations ordinaires.

Dans la hernie inguinale, l'étranglement est produit dans la majorité des cas par le collet du sac (huit fois sur neuf, d'après Dupuytren); beaucoup plus rare dans la

hernie crurale, cette disposition y a cependant été observée, et le cas que nous venons de rapporter en est un nouvel exemple. Quoique la malade ne se soit aperçue de son infirmité qu'au moment où des accidens d'étranglement se sont développés, il est infiniment probable que sa hernie était déjà ancienne; l'épaississement du sac, devenu presque fibreux, milite en faveur de cette opinion. Quoi qu'il en soit, aurait-on pu, avant l'opération, reconnaître le siége de l'étranglement? Dupuytren indique comme signe de l'étranglement au collet, la facilité de repousser en masse, et sans aucun bruit, la totalité, la moitié, le tiers, le quart de la hernie du côté du ventre, et de la faire sortir ensuite. Ce signe existait dans le cas que nous avons rapporté, le taxis diminuait le volume de la tumeur; mais aussitôt que la pression cessait, elle reprenait son volume primitif. Si dans l'opération on s'était borné à débrider l'anneau, en le faisant largement sans inciser le col du sac, la hernie aurait sans doute pu être réduite; mais les accidens de l'étranglement auraient persisté, puisque sa cause dépendait de la disposition du sac herniaire lui-même et non de l'anneau crural.



Observations sur l'utilité de la salivation mercurielle dans le traitement de plusieurs maladies non vénériennes; par J. Philippe Graffenauer, docteur en médecine et médecin cantonal à Strasbourg[1].

PREMIÈRE OBSERVATION.

Lumbago.

Un ancien militaire retraité fut atteint, à la suite d'un refroidissement, d'une douleur violente dans les lombes avec impossibilité de se mouvoir; il ne pouvait ni se courber en avant, ni se retourner, ni se mettre sur son séant; au moindre mouvement, il ressentait les douleurs les plus aiguës; c'était comme des coups de lance qui lui perçaient

[1] On admet généralement qu'il est bon, dans le traitement des maladies par des préparations mercurielles, d'éviter autant que possible la salivation, inconvénient fâcheux et quelquefois même assez grave; voilà pourquoi on a conseillé, dans ces derniers temps, d'unir l'iode au mercure, afin de neutraliser l'action de ce dernier sur les glandes salivaires. Cependant plusieurs praticiens ont remarqué une coïncidence manifeste entre la salivation et la disparition des symptômes aigus d'une maladie; si cette coïncidence était constante, l'utilité de la salivation serait incontestable. Ces considérations nous ont engagé à publier les observations suivantes, qui tendent à la prouver; mais ces observations sont encore en trop petit nombre pour faire autorité; et quoique tout le monde ait pu quelquefois observer la coïncidence dont nous parlons, cependant nous avons encore besoin de plus de faits avant d'admettre cette particularité comme loi générale; et, partant, on fera toujours bien de n'employer qu'avec réserve cette médication, efficace sans doute, mais dont on abuse trop souvent.

(*Note des rédacteurs.*)

le corps. Il y avait en outre inappétence et embarras gastrique, mais point de fièvre.

Appelé pour lui donner mes soins, je lui prescrivis une potion composée d'eau de fleurs de sureau avec crême de tartre, résine de gayac, gomme arabique et oxymel simple, à prendre d'heure en heure une cuillerée à soupe; et je lui fis appliquer 10 sangsues à la partie souffrante.

Quoique les sangsues eussent un peu diminué la douleur, le malade se trouvait encore le lendemain dans l'impossibilité de faire le moindre mouvement avec la colonne vertébrale sans jeter les hauts cris; même en avalant, il éprouvait des crispations qui ressemblaient à des attaques de nerfs.

J'eus recours alors à des frictions, répétées plusieurs fois par jour, avec une pommade composée d'onguent de guimauve, de calomel, d'huile de sassafras et de teinture d'opium.

Le troisième jour, soulagement marqué par l'usage de ces frictions.

Le quatrième jour, les attaques ne se répétaient plus si souvent, le malade avalait avec plus de facilité, mais il n'était pas encore en état de se retourner. Je remplaçai la potion ci-dessus par une poudre dans laquelle entraient la résine de gayac, les fleurs de soufre, le calomel, l'opium avec le sucre de fenouil, à prendre trois ou quatre fois par jour une cuillerée à café avec du thé de tilleul.

Le cinquième jour, le malade transpira beaucoup, et son urine déposa un sédiment briqueté très-abondant. Continuation des mêmes remèdes dont le malade dépassa la dose dans l'intention d'avancer sa guérison.

Le sixième jour, mieux sensible pour ce qui regarde la douleur lombaire et les mouvemens du malade; mais forte

irritation à la bouche, aux gencives et aux glandes salivaires.

Le septième jour, l'irritation de la bouche augmenta; il se déclara de petits ulcères mercuriels aux gencives et à la langue, et le malade saliva beaucoup. Dès-lors cessation des préparations mercurielles; gargarisme adoucissant avec du miel rosat et de l'eau d'orge; bain de pied.

Le huitième jour, potion purgative avec le sel amer, la rhubarbe et le séné.

Bientôt la salivation s'arrêta, les ulcères mercuriels se détergèrent, et la douleur lombaire cessa entièrement.

Il est encore à remarquer qu'une faiblesse de vue dont le malade était affecté depuis quelque temps, pour avoir habité une chambre nouvellement plâtrée, se dissipa complètement par suite de ce traitement.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Angine pharyngienne et tonsillaire.

Une jeune dame, âgée de vingt-quatre ans, d'une constitution délicate, s'étant imprudemment exposée au froid et à l'humidité, fut prise d'une angine intense. En examinant le fond de la bouche, je vis une forte phlogose au voile du palais et aux amygdales; le gosier était rempli d'un mucus épais; la malade avait beaucoup de peine à avaler, et nasillait en parlant. (Sangsues autour du cou; cataplasme émollient; bain de pied sinapisé; gargarisme fait avec de l'eau d'orge oxymellée.)

Le second jour, peu d'amélioration. Nouvelle application de sangsues, et prescription du calomel à la dose de 1 grain avec du sucre, à prendre de deux en deux heures un paquet.

Le troisième jour, la malade, après avoir pris 8 grains de calomel, éprouva aux gencives une forte irritation, et un commencement de salivation accompagnée d'une odeur fétide de la bouche; mais dès ce moment l'angine avait disparu comme par enchantement; la déglutition était redevenue facile et tout-à-fait exempte de douleur.

Pour remédier aux effets du mercure, je fis souvent rincer la bouche avec de l'eau d'orge et du miel rosat, et je purgeai la malade le lendemain avec du sulfate de magnésie.

Ce traitement la rétablit complètement au bout de quelques jours.

Il n'est pas douteux que, par cette méthode, le mercure, en produisant une irritation aux gencives et aux glandes salivaires, n'ait déplacé l'irritation fixée sur le voile du palais et les amygdales, et guéri ainsi l'angine beaucoup plus promptement qu'on n'aurait pu l'espérer par les moyens ordinaires [1].

TROISIÈME OBSERVATION.

Péritonite.

Une femme mariée, âgée de trente ans, d'une constitution faible, ayant éprouvé le soir un refroidissement, ressentit dans la nuit des douleurs très-fortes dans le bas-ventre. Regardant ces douleurs comme spasmodiques, la

[1] Il est au contraire des médecins qui redoutent le calomel porté jusqu'à salivation, dans le traitement des angines, à cause du mouvement fluxionnaire déterminé dans des organes voisins du siége de la maladie. Quoi qu'il en soit, l'un de nous vient tout récemment d'employer, sans aucun succès, le calomel, dans une

malade prit des gouttes de liqueur d'Hoffmann, et de laudanum avec du thé de camomille; mais le lendemain matin, les douleurs ayant augmenté, elle me fit appeler.

A ma visite je lui trouvai le bas-ventre tendu et très-sensible au toucher, le pouls petit, concentré et fréquent, la face pâle et la langue chargée; il y avait constipation. (Vingt sangsues sur l'abdomen; cataplasmes émolliens; lavemens émolliens; potion gommeuse nitrée.)

Le lendemain, les douleurs, la fièvre et la constipation subsistaient encore, et la malade avait vomi deux fois (frictions sur le bas-ventre avec l'huile de jusquiame camphrée, et emplâtre de thériaque sur l'épigastre; 1 grain de calomel toutes les deux heures, avec 5 grains de carbonate de magnésie). Ce remède amena plusieurs selles bilieuses suivies de soulagement.

Le troisième jour, le bas-ventre était moins tendu et moins douloureux, les vomissemens s'étaient arrêtés; mais il y avait toujours de la fièvre avec des redoublemens le soir, et léger délire pendant la nuit. (Continuation du calomel, et sinapismes aux jambes.)

Le quatrième jour, le pouls était plus développé, la bouche commençait à s'affecter, et l'on remarquait aux gencives et à la langue de petits ulcères produits par le calomel dont la malade avait pris environ 12 grains. On suspendit de suite l'usage de ce remède. La salivation dura huit jours, et pendant ce temps les douleurs abdominales cessèrent, ainsi que la fièvre. J'administrai plusieurs pur-

angine excessivement intense; le calomel fut continué pendant quatre jours, à la dose de 6 grains par jour, conjointement avec des saignées locales abondantes. Il y eut un commencement de salivation; cependant l'angine ne fut nullement enrayée dans sa marche, et se termina par suppuration.

(*Note des rédacteurs.*)

gatifs; je fis toucher les ulcères avec du miel rosat, uni à la teinture de myrrhe et d'iode, et bientôt la malade entra en convalescence.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Hémoptysie.

Un homme âgé de trente-quatre ans, marié depuis trois ans, d'une constitution faible et d'un tempérament irritable, sujet aux maladies de poitrine, fut atteint, à la suite d'un échauffement et d'une colère, d'une hémoptysie accompagnée de frissons et de chaleurs. A ma première visite, qui eut lieu le même jour, je lui trouvai la langue chargée, le pouls plein et un peu agité; il se plaignait de picotemens dans le côté droit de la poitrine, il toussait et crachait du sang pur et vermeil. Je lui prescrivis quelques doses de carbonate de magnésie, du lait d'amande nitré, un bain de pied sinapisé, un lavement émollient, et des sangsues à la poitrine et à l'anus.

Il passa une nuit agitée, et fut tourmenté par la fièvre. Le lendemain, il continua à cracher le sang; redoublement de la fièvre sur le soir. Il prit ce jour une décoction de salep avec quelques gouttes d'élixir acide de Haller.

Le troisième jour, l'hémoptysie continua. Le pouls étant toujours plein et développé, je fis faire une saignée au bras, et je prescrivis une solution de gomme arabique, avec nitre et sirop de framboise.

Le quatrième jour, la nuit fut meilleure, la fièvre moins forte; cependant le crachement de sang n'avait pas encore cessé. (Lavemens; bain de pied; sangsues.)

Le cinquième jour, redoublement de la fièvre avec crachement de sang plus abondant, langue très-chargée,

picotemens passagers dans la poitrine. (Continuation de la potion gommeuse.)

Le sixième jour, la nuit fut assez bonne, mais le crachement de sang continuait toujours. Je me décidai alors pour le calomel à forte dose, dans l'intention de provoquer non-seulement quelques selles, mais encore de produire l'irritation et le gonflement des gencives et des glandes salivaires, pour déplacer l'irritation fixée sur les poumons. En conséquence, je prescrivis 8 poudres composées chacune de 2 grains de calomel, de 10 grains de sucre de lait et de 1 scrupule de carbonate de magnésie, à prendre toutes les deux heures 1 paquet.

Ces poudres produisirent un effet surprenant; car, sur le soir, le malade se trouva calme, sans fièvre, ayant le pouls naturel, et ne crachant plus de sang: ses crachats n'étaient que légèrement rouillés. Il avait eu 5 à 6 selles.

Le septième jour, la nuit fut tranquille.

Répétition des mêmes poudres, qui procurèrent encore quelques selles. Le malade fut le soir absolument sans fièvre, ayant la tête libre, et ne sentant plus aucune douleur dans la poitrine; il toussa peu, et ses crachats furent blancs.

Le huitième jour, nuit inquiète, toux plus fréquente avec crachats de nouveau teints de sang, forte irritation aux gencives, tuméfaction des glandes salivaires, commencement de salivation. Ces symptômes étaient l'effet du calomel, dont le malade avait pris 32 grains en deux jours. (Gargarisme adoucissant avec de l'eau d'orge miellée; infusion de digitale avec eau de persil et sirop de guimauve, à prendre toutes les deux heures une cuillerée à bouche.)

La nuit suivante fut meilleure; et au bout de quelques jours, l'irritation aux gencives diminua, la toux se calma,

et l'expectoration devint muqueuse. Le malade reprit sa gaîté naturelle. Il fit ensuite usage des eaux de Selters, coupées avec du lait, et d'une décoction de quinquina, également coupée avec du lait, et chaque nuit 1 pilule opiacée.

Bientôt la toux diminua sensiblement, les douleurs de la poitrine se dissipèrent, et les forces revinrent.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Hydropisie anasarque.

Une femme âgée de quarante-huit ans, malade depuis quelque temps, par suite de l'âge critique, fut atteinte d'un œdème considérable des extrémités inférieures, du bas-ventre et de la face. Les jambes surtout étaient considérablement tuméfiées, et conservaient l'impression du doigt. Le bas-ventre semblait offrir de la fluctuation. Je prescrivis une tisane diurétique édulcorée avec l'oxymel scillitique, et je fis faire sur les parties tuméfiées des frictions avec des flanelles imprégnées de la vapeur de baies de genièvre. Quelques jours après, je prescrivis des poudres composées de crême de tartre, de sucre de genièvre, de scille et de calomel. Ce remède provoqua des évacuations copieuses par les selles et les urines; mais l'effet le plus remarquable s'opéra sur la bouche; celle-ci se tuméfia, il survint des aphthes, des ulcérations aux gencives et sur les bords de la langue, avec une salivation extrêmement abondante et fétide. Cet effet était dû au calomel, dont la malade cependant n'avait pris que 8 grains.

Au bout de quelques jours, les jambes se désenflèrent et devinrent maigres; le bas-ventre aussi diminua de volume. Les ulcérations de la bouche furent traitées avec un

mélange de teinture de myrrhe, de borax et de miel rosat. Elles disparurent au bout de huit jours, à la suite de quelques doses de rhubarbe et de sulfate de magnésie. A cette époque aussi la malade était totalement guérie de son hydropisie.

Il résulte de ces différentes observations, dont il me serait facile d'augmenter le nombre, que la salivation mercurielle offre des avantages réels dans le traitement de diverses maladies plus ou moins rebelles. Sans doute, c'est en opérant une forte dérivation, en déplaçant l'irritation morbide fixée sur un organe, qu'elle procure la guérison, et cela beaucoup plus promptement que par les méthodes ordinaires; dans quelques cas graves, c'est même l'unique moyen de salut pour le malade. Souvent, en donnant le calomel dans l'intention de provoquer des évacuations alvines, ou comme anti-phlogistique, il arrive que la salivation survient inopinément, ce qui tient probablement à une irritation particulière des glandes salivaires, ou à une trop forte dose du remède; mais toujours est-il que la guérison s'ensuit très-promptement. Il est vrai que la salivation est un inconvénient fort désagréable, qui fatigue beaucoup le malade; mais les purgatifs, les gargarismes, surtout avec la teinture d'iode, en abrégent la durée, et certes, il y a peu de malades qui n'achèteraient pas leur guérison à ce prix.

BIBLIOGRAPHIE FRANÇAISE.

Essai sur la mortalité à Strasbourg (partie rétrospective), par Ch. Bœrsch. (Thèse inaugurale. Strasbourg, 1836. In-4°; 201 p.)

De tous temps les hommes chargés de régir les sociétés ont recherché avec sollicitude les moyens propres à éloigner des peuples les causes de dégradation, de maladie, de mortalité. Aussi des préceptes plus ou moins bien entendus d'hygiène publique, nous apparaissent-ils tour à tour sous forme de lois religieuses ou sociales, de mœurs ou de coutumes; jamais, même dans les temps d'ignorance et de barbarie, ils n'ont été entièrement perdus de vue. Mais si quelques-uns de ces préceptes ont été sanctionnés par l'expérience: d'autres, enfantés par des idées erronées, des suppositions ou des préjugés, s'y mêlaient comme pour les vicier par leur alliage, et trop souvent s'opposaient au but qu'ils devaient atteindre. Aujourd'hui même que les sciences médicales ont fait de si rapides progrès, l'hygiène publique n'est pas encore sortie de l'enfance, ses principes sont vagues et chancelans; beaucoup de ses préceptes ne reposent que sur des hypothèses, et ses applications à l'organisation sociale sont presque entièrement négligées; c'est que les données positives qui doivent servir de base à l'hygiène publique lui manquent pour la plupart. En effet, des notions exactes sur

le mode d'action de toutes les influences (matérielles, intellectuelles ou morales) qui peuvent s'exercer sur le corps social, sont des élémens indispensables à la construction d'une science dont le but pratique est d'éloigner des peuples les causes de dégradation physique et morale, de maladie, de mort, et de favoriser au contraire l'action des influences capables de pousser à un plus haut point le développement humanitaire.

Or, ces notions fondamentales ne sauraient s'acquérir que par l'étude approfondie des rapports qu'ont entre elles les influences qui agissent sur la société. La *statistique médicale* est appelée à mettre à jour ces rapports.

Déjà de nombreuses et importantes recherches ont été faites dans cette direction et se poursuivent avec activité. C'est une belle tâche, que M. Bœrsch s'est imposée en s'associant à des travaux qui promettent à l'hygiène publique un brillant avenir, c'est une œuvre patriotique d'avoir entrepris l'étude des causes de la mortalité qui frappe sa ville natale.

Le travail que nous avons sous les yeux n'est que la première moitié, la partie historique d'un ouvrage plus complet, que M. Bœrsch se propose de publier incessamment.

L'étude des causes actuelles, comparées au chiffre de la mortalité, a paru insuffisante à l'auteur, pour arriver à des résultats complets; il a cru devoir remonter plus haut, rechercher dans le passé une partie des causes de la mortalité actuelle, et comparer à cet effet les influences hygiéniques et pathologiques qui, dans les siècles antérieurs, ont agi sur la population de Strasbourg, avec le chiffre des décès chez nos ancêtres, tâche difficile autant que pénible que M. Bœrsch a abordée avec courage et qu'il a digne-

ment remplie. Avec des documens bien souvent incomplets et tronqués, tirés de la poussière des bibliothèques, extraits de nos vieilles chroniques, dont la lecture seule est une étude, l'auteur a été obligé de reconstituer, si je puis dire, l'hygiène et la pathologie des siècles passés. Sans doute il n'est pas toujours arrivé à des données positives et incontestables, la nature des sources où il a pu puiser s'y opposait; mais il a su, par des rapprochemens ingénieux, donner au moins à la plupart de ses assertions un haut degré de probabilité.

Dans une première partie, M. Bœrsch recherche les influences hygiéniques qui ont agi sur nos ancêtres, et les suit dans les transformations successives qu'elles ont subies. Il nous montre comment le climat de Strasbourg s'est peu à peu modifié par les barrières que le génie des habitans a opposées aux inondations et aux exhalaisons malfaisantes des marais dont l'ancienne cité était comme entourée; par les changemens apportés à la culture du sol, et notamment par le déboisement, auquel M. Bœrsch attribue une grande influence. Suivant lui, les nombreux déboisemens, opérés surtout dans les deux derniers siècles, ont eu pour résultat de rendre le climat de l'Alsace plus tempéré, de diminuer la rigueur des hivers, mais aussi d'augmenter les variations de température, l'inconstance des saisons, de favoriser l'action du vent du Nord, de multiplier les pluies dans la plaine. Cette modification dans les influences climatologiques a amené à son tour une constitution médicale nouvelle, favorable aux maladies catarrhales, aux fièvres, en général à toutes les affections auxquelles peut donner lieu un climat tempéré et humide.

L'auteur étudie ensuite l'influence que l'ancienne disposition générale et individuelle des habitations de Stras-

bourg a dû exercer sur la salubrité publique. La lecture de cet essai de topographie ancienne nous a inspiré le plus vif intérêt.

Le régime alimentaire, la forme de gouvernement, la religion, le mélange des races, sont enfin successivement appréciés dans leur mode d'action sur l'ancienne population strasbourgeoise.

On doit savoir gré à M. Bœrsch d'avoir franchement abordé la question délicate et presque entièrement négligée de l'influence des institutions politiques et religieuses. En effet, l'homme en société n'est pas seulement modifié dans son organisation par les objets naturels; le milieu intellectuel et moral (qu'on nous passe cette expression), dans lequel il vit, exerce sur lui une action tout aussi importante à connaître que celle du milieu physique; pour nier cette action sur les masses, il faudrait nier aussi l'influence du moral sur le physique chez l'individu, universellement admise par tous les pathologistes.

Voici comment M. Bœrsch analyse les influences morales qui ont retenti dans la vie publique de nos ancêtres:

« Citoyens libres, sans cesse occupés à défendre leurs droits et leurs priviléges, s'exposant aux fatigues de la guerre, à tous les rudes exercices du métier des armes; appelés à délibérer dans leurs tribus sur les affaires de la cité, à nommer chaque année leurs magistrats, à discuter eux-mêmes leurs intérêts, à ne prendre conseil que de leur fermeté et de leur prudence, à ne se fier qu'à leur courage, à leurs armes et à leur bon droit; puis, quittant la place publique, le forum de la démocratie du moyen âge, pour rentrer dans leurs demeures et se livrer aux travaux de leurs métiers: les habitans de Strasbourg devaient puiser dans leur vie agitée, sans cesse en alerte, dans

cette alternative d'activité et de repos, dans ce mouvement des affaires, des passions puissantes, excitantes, toniques pour ainsi dire; la faculté d'arriver, par le suffrage des citoyens, à la première dignité de la république, devait enflammer l'émulation, l'ambition dans les cœurs; et ces passions, à leur tour, devaient réagir sur l'organisme et lui imprimer une grande énergie.

« C'est dans l'exaltation de son activité propre, de sa vie morale que l'homme trouve surtout un point d'appui pour résister à l'influence fâcheuse dont les causes extérieures peuvent le menacer; c'est dans le sentiment plus complet du moi moral, de l'unité humaine que le corps puise, sans que l'homme en ait conscience, une force nouvelle. En faisant appel à ce sentiment, en favorisant son explosion, la constitution politique de notre ville était donc aussi pour les citoyens une source d'excitations organiques; elle rendait les hommes plus actifs en leur disant d'être libres; elle les rendait plus forts en les habituant aux fatigues et aux combats qu'exigeait la défense de leur liberté. Elle servait donc à contrebalancer jusqu'à un certain point les influences déprimantes des diverses causes que nous avons indiquées; elle donnait du ton aux natures lymphatiques, molles et languissantes; et en activant la circulation et l'inervation, elle devait favoriser les congestions vers les organes thoraciques et le centre cérébral. »

M. Bœrsch trouve aussi dans l'introduction du protestantisme une cause de diminution de mortalité; d'un côté, par suite de l'abolition du célibat des prêtres et de la fermeture des couvens[1]; de l'autre, par le frein qu'il opposa

[1] Des relevés statistiques rapportés par l'auteur, prouvent que la durée moyenne de la vie est moindre dans le célibat que dans le mariage.

à la débauche, favorisée par les mœurs relâchées du clergé et des moines.

La seconde partie du travail de M. Bœrsch est consacrée aux causes pathologiques qui ont agi sur l'ancienne population de Strasbourg; l'auteur trace l'histoire des épidémies et des maladies nouvelles qui ont fait varier le chiffre de la mortalité, et recherche les modifications que la constitution du peuple a dû éprouver sous leur influence. Cette partie étant peu susceptible d'analyse, nous nous bornons à reproduire succinctement quelques passages qui nous paraissent surtout capables d'intéresser le lecteur.

Parmi les épidémies qui ont frappé Strasbourg, celle de 1418 est une des plus remarquables, par sa singularité du moins; c'était la chorée, qui, après avoir parcouru la Belgique et les provinces rhénanes, s'étendit vers Strasbourg.

« En 1418, dit Schadæus, huit jours avant celui de Marie-Madeleine, une femme se mit à danser. On appela cela la danse de Saint-Guy. Elle dansa quatre jours entiers. Le magistrat la fit conduire à la chapelle de Saint-Guy, à Saverne, et elle resta tranquille; alors plusieurs autres commencèrent encore à danser, près des écuries de la ville, au point qu'en quatre jours 34 personnes, hommes et femmes, dansèrent. Le magistrat défendit les tambours et les sifflets, et on conduisit ceux qui dansèrent à Saint-Guy. Mais en peu de jours leur nombre s'éleva à plus de 200. »

La chronique de Goldmeyer et celle de Kleinlauel ajoutent que ceux qui étaient atteints de cette maladie, dansaient jour et nuit, jusqu'à ce qu'ils tombassent épuisés en syncope; et beaucoup d'entre eux ne purent se relever, et moururent.

L'épidémie de chorée, qui régna à Strasbourg en 1418, n'était pas la première de ce genre; Regnald et Bzovius

rapportent que la même maladie a régné d'une manière épidémique en Allemagne, vers l'an 1374.

Plus loin, M. Bœrsch rapporte un arrêté très-curieux du magistrat de Strasbourg, sur la manière dont devaient être traités les malades conduits aux chapelles de Saint-Guy.

C'est vers la fin du quinzième siècle (1495) que M. Bœrsch place l'invasion de la syphilis en Alsace.

« Strasbourg, dit-il, est une des premières villes qui aient payé tribut à cette cruelle maladie; elle y a sévi dès l'abord avec une violence inouïe, et elle a déposé dans la population des germes morbides qu'elle alimente encore, et que le temps et les siècles n'ont pu faire disparaître. Elle est une des causes éloignées principales de la mortalité actuelle de Strasbourg, et la cause indirecte, latente de bien des maladies, qui, au premier aspect, semblent sans parenté avec elle, mais qui ne dépendent pas moins souvent du vice primitif qu'elle a imprimé, comme un cachet indélébile, sur beaucoup de constitutions. »

Toutes nos chroniques alsaciennes s'accordent à dire que c'est en 1495 et 1496 que la maladie vénérienne fut introduite à Strasbourg; elles attribuent son origine à des soldats qui avaient servi en 1495 dans l'armée de Charles VIII, en Italie, et qui la rapportèrent de ce pays, et la répandirent dans toute l'Europe.

Ce qui contribua sans doute beaucoup à rendre la maladie excessivement grave, ce furent les mauvaises mesures prises par le magistrat. M. Bœrsch rapporte, en effet, d'après Koch, qu'il fut défendu à tous les cabaretiers, aubergistes, chirurgiens, baigneurs de les traiter ou de les recevoir; que les hôpitaux, les léproseries même leur furent fermés; que toute communication avec eux fut inter-

dite aux autres citoyens; et qu'enfin l'on vit, ceux qui étaient sans ressource, expirer en grand nombre sur des grabats dans les rues et dans les campagnes. N'y a-t-il pas là des causes plus que suffisantes pour expliquer la malignité de la maladie vénérienne à son origine, sans avoir recours à l'hypothèse d'une plus grande activité du virus?

M. Bœrsch signale comme une des causes principales de la rapide propagation de cette maladie, la profonde dépravation des mœurs qui régnait dans toutes les classes de la société. Il est difficile de croire combien il y avait alors à Strasbourg de femmes de mauvaise vie et de maisons de prostitution.

Dans un rapport fait au magistrat de Strasbourg, vers la fin du quinzième siècle, on trouva la désignation suivante des maisons de débauche: « Dans la rue dite *Udengassen*, jusqu'au fossé des Pigeons, 19 maisons; sur le fossé des Pigeons, 3 ou 4 maisons; dans la rue dite *Mülngæssel*, 8 maisons; dans le quartier dit *Lammerdinshof*, 10 maisons; dans la rue vis-à-vis du *Kettener*, jusqu'à la rue dite *Vinkengass*, une foule de maisons; derrière la maison dite *Schnabelburg*, jusque vers la rue dite *Bickergass*, plusieurs maisons; dans le quartier dit *Hoffstatt*, 12 maisons environ en sont remplies; *item*, dans la rue dite *Bickergass*, derrière le puits, 4 à 5 maisons. »

Plus tard, en 1540, toutes les maisons publiques furent fermées; et cependant soixante-dix ans après, la maladie vénérienne sévissait encore à Strasbourg, mais était moins violente (grâce sans doute à des mesures hygiéniques mieux entendues). Le relevé suivant, extrait de la chronique de Schadæus, le prouve.

Année.		Morts à l'hôpital de la maladie vénérienne.		Guéris.		Étrangers.		Indigènes.
1607	—	13	—	272 h. 159, f. 113	—	»	—	»
1608	—	12	—	369	—	353	—	16
1609	—	19	—	406	—	398	—	8
1610	—	28	—	»	—	»	—	»
1611	—	14	—	362	—	338	—	24
1612	—	10	—	359	—	344	—	15
1613	—	13	—	306	—	285	—	21
1614	—	13	—	»	—	»	—	»

M. Bœrsch fait suivre l'histoire des épidémies d'un tableau qui résume les années épidémiques à Strasbourg, depuis les anciens temps jusqu'au dix-huitième siècle.

Année.		Nombre des décès.		Causes.
591	—	»	—	Peste.
1085	—	»	—	Peste.
1126	—	»	—	Grands froids, famine.
1259	—	»	—	Grandes chaleurs.
1313	—	14,000	—	»
1316	—	»	—	Famine.
1348	—	»	—	Peste noire.
1349	—	»	—	Peste noire.
1351	—	»	—	Peste noire.
1358	—	»	—	Peste noire ? ?
1363	—	16,000	—	Peste noire ? ?
De 1365 à 1373		»	—	Guerre, disette.
1381	—	»	—	Peste noire.
1387	—	»	—	Épidémie catarrhale.
1390	—	»	—	»
1397	—	»	—	»
1403	—	»	—	Épidémie catarrhale.
1414	—	»	—	Épidémie catarrhale.
1418	—	»	—	Chorée épidémique.
1426	—	15,000	—	Épidémie catarrhale.
1427	—	»	—	Épidémie catarrhale.

Année.	Nombre des décès.	Causes.
1438	16,000	Disette.
1465	»	Dyssenterie.
1471	»	Chaleurs excessives.
1480	»	Grande inondation.
1495	»	Introduction de la maladie vénérienne.
1510	»	Coqueluche.
1517	»	Famine.
1529	»	Suette anglaise.
1541	3,300	Épidémie catarrhale ? ?
1564	4,763	Angine gangréneuse ? ?
De 1580 à 1587	Total pour 8 ans : 13,993	Épidémie catarrhale.
1597	1,576	Épidémie catarrhale.
1609	1,923	
1610	3,563	Disette.
1611	1,786	
1622	4,388	Typhus.
1626	2,590	Épidémie catarrhale ? ?
1633	5,546	Typhus ? ?
1674	»	Fièvre maligne contagieuse.
1691	1,251	
1729	1,797	Épidémie catarrhale.
1730	1,480	
1733	1,839	»
1734	1,871	Miliaire épidémique.
1735	2,322	»
1742	1,910	
1743	1,993	Épidémie catarrhale.
1744	2,154	
1746	1,862	
1762	1,693	Épidémie catarrhale.
1765	1,738	
1768	1,739	
1772	1,830	Mortalité parmi les enfans.
1782	1,821	
1783	1,857	

Les passages que nous venons de reproduire, suffiront pour donner une idée de la manière consciencieuse dont M. Bœrsch a tracé l'histoire des épidémies de Strasbourg. Nous terminerons cette analyse en présentant à nos lecteurs quelques-uns des résultats statistiques auxquels l'auteur est arrivé, et dont l'ensemble forme la dernière partie de son travail.

Rapport des décès et des naissances.

De 1577 à 1587, les décès dépassent de 6,679 les naissances; ce qui fait pour onze ans le chiffre moyen de 706 par an.

De 1600 à 1633, les décès dépassent les naissances de 24,770. Terme moyen pour les trente-quatre ans, 728 par an.

De 1684 à 1691, l'excédant des décès sur les naissances est de 1,597. Terme moyen pour les huit ans, 200 par an.

De 1728 à 1758, cet excédant est de 5,056. Terme moyen pour les trente-et-un ans, 163 par an.

De 1759 à 1790, il est de 1,100. Terme moyen pour les trente-deux ans, 34 par an.

Ainsi, dans les siècles passés, le nombre des décès était plus considérable à Strasbourg que celui des naissances; et la disproportion est d'autant plus forte que nous nous éloignons davantage des temps actuels.

D'où peut provenir cet excédant des décès sur les naissances?

M. Bœrsch l'attribue à la négligence des préceptes de l'hygiène, à la fréquence des disettes et des épidémies, à la violence d'un grand nombre de maladies qui se sont adoucies depuis, aux préjugés du peuple, à l'ignorance

des médecins, à l'insalubrité de la plupart des quartiers de la ville, aux événemens politiques et aux guerres.

M. Bœrsch rapporte plus loin, comme preuve, des relevés statistiques de notre époque, desquels il résulte que les naissances dépassent aujourd'hui les décès. C'est ainsi que de 1806 à 1835 les naissances ont dépassé, à Strasbourg, les décès de 428, ce qui fait 14 par an.

Une autre conséquence à laquelle M. Bœrsch est arrivé, c'est que les différences dans les quantités annuelles des décès ont *graduellement* diminué dans les temps antérieurs et jusqu'à nos jours. Il est en cela d'accord avec les résultats obtenus par M. Fourier pour Paris, et Marschall pour Londres.

Rapport des décès à la population.

De 1684 à 1693,	il y avait	1 décès	sur	24,9	habitans.
De 1728 à 1737	—	—	—	22,4	—
De 1738 à 1747	—	—	—	22,8	—
De 1748 à 1757	—	—	—	24,5	—
De 1758 à 1767	—	—	—	25,5	—
De 1777 à 1790	—	—	—	27,9	—

Ainsi, par une voie différente, M. Bœrsch est arrivé aux mêmes résultats, et constate de nouveau la diminution progressive de la mortalité à Strasbourg, depuis le commencement du dix-huitième siècle.

Cependant, Strasbourg est loin d'avoir atteint, à cet égard, les limites auxquelles sont arrivées d'autres villes. Nous comptons encore 1 décès sur 27 habitans, tandis que Paris n'en a plus que 1 sur 32. La France entière 1 sur 40,1, et le département du Bas-Rhin en général 1 sur 37,2 habitans.

Influence des épidémies sur les décès des années suivantes.

On a dit que les épidémies sont généralement suivies d'une période de salubrité. Cette proposition à laquelle M. Villermé a adhéré, sans toutefois la démontrer positivement par des chiffres, trouve sa confirmation dans le tableau des décès de Strasbourg, tracé par M. Bœrsch.

Ainsi, de 1733 à 1735, la mortalité dépasse le chiffre moyen; elle s'élève, en 1735, à 2,322.

La mortalité des six années suivantes est *inférieure* au chiffre moyen; celle de 1738 ne va qu'à 1,399; même résultat pour les autres années épidémiques.

C'est ainsi que l'année 1814 est, depuis 1806 à 1835, la plus chargée de décès, et les années 1815 et 1816 présentent le moins de décès.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que le nombre des mariages augmente également après les fortes mortalités, et que, par conséquent, la mortalité règle la fécondité.

Ainsi, en 1582, nous trouvons 2,740 morts, c'est-à-dire 1,700 à 1,800 de plus que dans les années précédentes. Les mariages, qui, dans les années précédentes, s'élevaient à 275, 273, 293, s'élèvent tout à coup, en 1,583, à 433, augmentation de 150 environ.

En 1609, il y a 1,923 morts. En 1610, les mariages montent de 344 à 456.

En 1610, le nombre des morts est encore plus considérable; il s'élève à 3,563. Le chiffre des mariages grandit en proportion, il monte jusqu'à 560.

En 1622, il y a 4,388 morts; les mariages qui, cette année n'étaient que de 385, sont à 516 en 1623.

Même résultat pour les autres années, chargées d'une grande mortalité.

Les chiffres obtenus par M. Bœrsch, constatent également l'augmentation des naissances après les années où la mortalité a été plus forte, proportionnellement cependant à l'augmentation des mariages.

Durée moyenne de la vie à Strasbourg.

D'après les calculs de M. Bœrsch, la durée moyenne de la vie a été en augmentant à Strasbourg, depuis le siècle dernier jusqu'à ce jour; cette augmentation monte à quatre ans et un cinquième, de 1728 à 1835. En effet, de 23,1 ans, de 1728 à 1757, elle est, de 1806 à 1835, de 27,3. La vie moyenne est donc aujourd'hui d'une sixième plus longue qu'il y a cent ans.



Recherches cliniques sur quelques points du diagnostic de la phthisie pulmonaire, par MATHIEU-MARC HIRTZ. (Thèse inaugurale. Strasbourg, 1836; in-4°.)

Si le diagnostic de la phthisie pulmonaire arrivée à une période avancée, laisse peu de chose à désirer depuis que l'on emploie des moyens d'investigation physiques, il n'en est pas tout-à-fait de même de la phthisie commençante; tous les auteurs s'accordent à reconnaître que les signes de cette affection à son début sont, dans un grand nombre de cas, fort douteux. Telle n'est pas l'opinion de M. Hirtz. Suivant lui, il existe dans toutes les périodes de la maladie des signes physiques propres à la faire reconnaître; c'est à la démonstration de cette proposition qu'est consacré le travail que nous analysons. Les recherches qui y sont consignées, dénotent un esprit observateur et donnent à la dissertation de M. Hirtz un haut intérêt pratique.

La forme du thorax chez les phthisiques, a depuis longtemps fixé l'attention des médecins, qui tous lui ont attribué une certaine valeur dans le diagnostic de l'affection qui nous occupe. M. Hirtz s'est livré à une série de recherches qui tendent à donner plus de précision à ce moyen de diagnostic. Elles ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes: 1° le thorax garni de ses parties molles, présente à l'état normal la forme d'un cône renversé; 2° chez les phthisiques au contraire, le thorax subit à son sommet un rétrécissement notable, par suite duquel le cône thoracique se trouve situé en sens inverse; 3° cette déformation s'observe en général dès le début de la maladie, et quelquefois même avant qu'elle ne se déclare; les per-

sonnes qui contractent accidentellement la phthisie et que M. Hirtz a eu occasion d'observer, n'ont au contraire présenté ce phénomène qu'à une époque plus avancée; 4° dans tous les cas, le rétrécissement thoracique est gradué comme les périodes de la maladie: de telle sorte qu'au début, le thorax se rapproche pour sa forme de celui des enfans, chez lesquels la circonférence supérieure et inférieure sont à peu près égales; tandis que plus tard, le sommet continuant à se rétrécir, la poitrine devient de nouveau conique, mais en sens inverse; 5° chez la femme, cette déformation est toujours moins marquée et plus tardive que chez l'homme; 6° particulière aux phthisiques, *elle peut être regardée comme un signe certain de tubercules.*

Cette dernière proposition est trop importante pour ne pas mériter un examen sérieux.

Les observateurs qui ont signalé la conformation particulière du thorax des phthisiques, la regardent comme un signe de prédisposition à cette affection, comme pouvant exister par conséquent avant la maladie et n'ayant ainsi de valeur diagnostique que réunie aux autres signes de la phthisie commençante. D'après M. Hirtz, au contraire, la déformation est effet et non cause de la maladie, c'est la tuberculisation qui la produit, elle ne survient que quand la maladie est un fait accompli, elle a donc une valeur diagnostique propre, indépendante des autres signes de la maladie.

L'auteur 1° appuie son opinion sur deux observations. Dans la première, il constata le rétrécissement supérieur du thorax trois mois avant l'invasion des premiers symptômes de la maladie, et plus tard, l'affection ayant fait des progrès, la circonférence supérieure de nouveau mesurée,

présentait 2 centimètres de diminution. Dans la seconde, le thorax d'abord normal, puis cylindrique, devint enfin conique, à mesure que la phthisie avançait dans ses périodes.

2° M. Hirtz invoque en outre comme raison, l'impossibilité de la compression du poumon par les parois du thorax rétrécies, compression au moyen de laquelle on a cherché à expliquer l'influence que la déformation de la poitrine exerce sur la tuberculisation.

3° Il lui parait impossible d'admettre qu'un poumon, emprisonné dès sa naissance dans une cage trop étroite, ne parvienne pas, par un effort incessant et continué pendant des années, à dilater cette cage et à se faire une place suffisante, tandis que l'on voit quelques vésicules pulmonaires emphyrémateurs, produire une dilatation, soit partielle, soit même générale du thorax.

4° Enfin, en admettant pour un instant que le rétrécissement du thorax préexiste à toute altération des poumons, il paraîtra encore très-douteux que celle-ci en soit l'effet, puisqu'on voit se former si rarement des tubercules dans un poumon affaissé sans retour par un épanchement, ou réduit à son tiers de volume à la suite d'un rétrécissement permanent de la cavité thoracique.

Ce qui nous semble clairement ressortir des recherches de M. Hirtz, c'est que l'opinion des auteurs qui attribuent le développement des tubercules à l'étroitesse du thorax est insoutenable; en cela nous sommes parfaitement d'accord avec lui. Les faits qu'il rapporte démontrent de plus que, dans un certain nombre de cas, cette étroitesse survient graduellement chez les sujets atteints de tubercules, et que, sous l'influence de cette lésion organique du poumon, des personnes à poitrine bien développée peuvent ac-

quérir consécutivement l'*habitus phthisique*. Mais prouvent-ils aussi bien que chez les sujets qui présentent la déformation thoracique, alors qu'aucun symptôme n'annonce encore le développement de la phthisie, prouvent-ils, dis-je, que les tubercules n'en existent pas moins; autorisent-ils à cette conclusion absolue, que l'étroitesse supérieure du thorax est un *signe certain* de tubercules? Pour établir d'une manière incontestable une proposition pareille, une autre série de recherches nous paraît nécessaire; il faut, si je puis dire, faire la contre-épreuve de ce qu'a fait l'auteur et montrer, le scalpel à la main, l'existence des tubercules dans le poumon des sujets qui présentent l'habitus phthisique sans offrir encore les autres symptômes de tubercules.

Quant aux autres preuves que M. Hirtz apporte à l'appui de son opinion, elles ne paraissent pas plus concluantes. En démontrant l'impossibilité de la compression du poumon par les parois thoraciques rétrécies, il n'a fait que renverser une hypothèse au moyen de laquelle quelques auteurs ont cherché à se rendre compte du rapport de causalité qu'ils supposaient exister entre l'étroitesse du thorax et la tuberculisation, mais il n'a pas démontré pour cela que cette étroitesse dépend *nécessairement et dans tous les cas* de l'existence des tubercules.

Ne peut-on pas regarder, avec un certain degré de probabilité, la petitesse de la circonférence supérieure du thorax comme un *effet d'un manque de développement primitif du poumon* chez les sujets qui présentent l'habitus phthisique héréditaire? et dès-lors la déformation de la poitrine ne pourra-t-elle pas exister long-temps avant que des tubercules ne se soient développés sous l'influence du manque de développement du poumon?

M. Hirtz lui-même renverse la proposition précédente dans ce qu'elle a d'absolu, quand il dit: « Il semble que c'est à un arrêt de développement du poumon, à une petitesse primitive de ce viscère, relativement au reste de l'organisme, petitesse qui n'est peut-être elle-même que le premier terme de la prédisposition aux tubercules, qu'on doit attribuer le peu d'ampleur que présente, au début de la maladie, la cavité thoracique chez les personnes prédisposées à la phthisie. » La conséquence naturelle de ceci n'est-elle pas, que l'étroitesse du thorax peut exister sans tubercules, qu'elle peut faire présumer la prédisposition à la phthisie, comme l'avaient avancé les anciens, mais qu'on n'est pas encore fondé à la regarder comme un signe certain de l'existence des tubercules? Quoi qu'il en soit, M. Hirtz n'en a pas moins le mérite d'avoir montré quel parti on pouvait tirer de *la mensuration* du thorax dans le diagnostic de la phthisie.

M. Hirtz signale comme un autre signe de la phthisie à son début une modification particulière du bruit respiratoire qu'il appelle *bruit respiratoire râpeux*. Voici la description qu'il en donne: « Ce n'est plus ce frôlement doux, cette sensation d'une multitude innombrable de vésicules, qui se déplissent *mollement*, mais la perception d'un bruit rude, beaucoup plus clair qu'à l'état normal, qui semble faire vibrer les cellules pulmonaires, et que je crois devoir désigner, à cause de la sensation qui le caractérise, par le nom de bruit respiratoire râpeux.

« Ce bruit se rapproche pour sa clarté de la respiration puérile; mais il en diffère essentiellement par deux circonstances. Premièrement, il est beaucoup plus rude, et en second lieu, il se passe évidemment dans un nombre plus petit de vésicules. »

L'auteur attribue cette modification du bruit respiratoire, à la présence des tubercules, qui donnent plus de densité au poumon, et à la dilatation supplémentaire des vésicules pulmonaires qui fonctionnent pour celles qui sont oblitérées.

Une chose remarquable dans le bruit râpeux, c'est qu'il peut s'entendre là où la percussion donne de la matilé.

Existant dans la majorité des cas, ce phénomène, d'après M. Hirtz, est d'autant plus prononcé en général, que la maladie est plus avancée; ordinairement aussi on ne peut le méconnaître dès le commencement. Ce signe acquiert par là une grande importance; il est, en effet, un de ceux qui annoncent le mal dès son début; souvent il précède tous les autres phénomènes morbides. *Ce bruit râpeux peut donc être considéré comme le signe pathognomonique des tubercules à l'état de crudité.*

La modification du bruit respiratoire que M. Hirtz décrit sous le nom de *bruit râpeux*, n'a point échappé à la sagacité des observateurs modernes.

M. Louis, entre autres, en traitant des modifications du bruit respiratoire dans la phthisie (*Recherches sur la phthisie*, p. 234), dit formellement que parfois la respiration est *forte, rude*, plus ou moins exactement trachéale sous les clavicules; il parle également d'un *râle sonore* qu'on entend quelquefois au début de la phthisie.

Quoi qu'il en soit, il paraît constant que la rudesse du bruit respiratoire s'observe fréquemment dans la première période de la phthisie, et ne doit point être négligée quand il s'agit de diagnostic.

Nous croyons toutefois que de nouvelles recherches sont nécessaires, avant d'attacher au bruit râpeux la valeur d'un *signe pathognomonique* des tubercules.

La période de ramollissement des tubercules, d'après M. Hirtz, est caractérisé par un râle particulier qu'il appelle *râle cavernuleux.* « Ce bruit, dit-il, assez analogue pour la finesse au râle de la pneumonie, est caractérisé par une crépitation particulière, dont le timbre est clair, éclatant, comme métallique; il est plus superficiel que le râle crépitant ordinaire, et donne une sensation comparable à celle produite par du sel qui décrépite au fond d'un verre ou d'un vase métallique. »

Ce bruit est trop fréquent à une certaine époque de la maladie, comme le reconnaît fort bien M. Hirtz, pour qu'il ait pu échapper à l'attention des observateurs; mais il pense que ceux qui l'ont perçu, l'ont confondu tantôt avec le râle muqueux, tantôt avec le râle crépitant.

M. Louis, au moins, nous paraît devoir faire exception; s'il n'a pas donné un nom particulier à la décrépitation des phthisiques, la description qu'il en fait, démontre qu'il la distinguait parfaitement, et du râle muqueux et de la crépitation des pneumonies. Voici, en effet, comment M. Louis s'exprime à cet égard; après avoir parlé de la *rudesse* du bruit respiratoire, il dit: « Il s'y joint fréquemment un râle crépitant très-gros, *quelquefois semblable au bruit de l'osier sec quand on le tord, ou à celui d'une semelle de cuir bien desséchée,* ou à un véritable gargouillement. Bientôt la voix retentit, puis la pectoriloquie a lieu dans les mêmes points. »

La *pectoriloquie* a été indiquée par Laënnec comme un signe certain de l'existence d'une caverne, et la plupart des observateurs la regardent encore comme tel. Cependant M. Louis déjà a démontré que la pectoriloquie ne méritait pas une confiance illimitée. Il a observé ce phénomène dans des cas où il n'existait pas d'excavations tubercu-

leuses, et d'autres fois, malgré l'existence des cavernes, la pectoriloquie était nulle ou peu marquée (*Recherches sur la phthisie*, p. 240).

Les recherches de M. Hirtz l'ont conduit à une conclusion plus défavorable encore à la valeur diagnostique de la pectoriloquie qui lui paraît de *tous les signes physiques des vomiques un de ceux qui méritent le moins de confiance.*

Ici encore M. Hirtz nous semble aller trop loin. Sans doute les faits qu'il rapporte, ainsi que ceux déjà observés par Louis, démontrent que la pectoriloquie ne mérite pas une confiance illimitée; qu'envisagé isolément, ce phénomène pourrait induire en erreur: mais n'en est-il pas de même de la plupart des signes? Ne faut-il pas, pour établir un diagnostic certain, les contrôler l'un par l'autre? Et pour ne citer qu'un exemple, M. Hirtz regarde le *râle caverneux* ou le gargouillement comme le signe pathognomonique de la troisième période de la phthisie. Hé bien! le *râle caverneux* peut exister *sans phthisie tuberculeuse, sans vomique.* M. Louis cite une observation (*Recherches sur la phthisie*, p. 235) où le gargouillement bien manifeste était joint à la pectoriloquie; et cependant l'autopsie vint démontrer que ces phénomènes ne dépendaient point d'une excavation tuberculeuse, mais d'une dilatation considérable des bronches, et il n'y avait de *tubercules ou de matière tuberculeuse dans aucun point du poumon.*

BIBLIOGRAPHIE ALLEMANDE.

Observation remarquable d'une commotion du cerveau, suivie de réflexions sur les abcès du cerveau en général; par le docteur Behr, de Bernburg.

M***, chirurgien militaire dans l'armée prussienne, était occupé, pendant la bataille de Lutzen, en 1813, à pratiquer une amputation, lorsqu'un boulet de canon qui avait renversé plusieurs soldats devant lui, l'atteignit à l'occiput; il se trouvait dans ce moment, un genou en terre, à une distance de quatre à six pas du front du bataillon; il tomba à la renverse sur le côté droit et resta sans connaissance pendant quinze minutes. Quelques instans après, le régiment ayant été obligé de faire une retraite précipitée, le mouvement qui se fit autour de lui, le réveilla comme en sursaut; il se releva subitement, ne ressentant qu'une douleur sourde à la tête, sans aucune trace de blessure. A la première halte, à peu près une demi-heure après l'accident, M*** put avec succès amputer le bras à un sous-officier. Mais, le lendemain, il fut frappé d'une cécité complète, au point de ne pouvoir distinguer la plus vive clarté; du reste, il n'accusait aucun autre symptôme. M. Crantz, chirurgien en chef, examina le malade, et ne trouva pas la moindre lésion ni des tégumens, ni des os; il déclara la vue abolie pour toujours, et fit dépendre cette lésion d'une affection de l'organe cérébral même. Cependant au

bout de six jours d'une obscurité absolue, M*** put de nouveau voir, d'abord avec peine, il est vrai, et seulement par intervalles; mais peu à peu la vue se rétablit assez bien pour que M*** pût reprendre ses occupations; il conserva néanmoins une impossibilité de lire à la lumière d'une bougie.

L'opinion de tous les chirurgiens fut que M*** avait été frappé par le vent du boulet; outre cette faiblesse de la vue, ce malade avait gardé une douleur presque permanente, occupant, au pariétal droit, l'étendue d'une pièce de 6 livres.

Trois ans plus tard (1816), cette douleur s'étendit à l'oreille droite et le malade éprouva dans cette région comme la sensation d'un abcès prêt à s'ouvrir. Peu à peu cette même douleur s'irradia à tout le côté droit de la face; tout le corps du même côté fut en même temps pris de tremblement et de spasmes cloniques; peu après il survint un coryza très-intense, s'accompagnant d'un sentiment de pression et de pesanteur dans les sinus frontaux; la douleur frontale s'accrut, et après des efforts répétés du malade pour se moucher, il sortit de la narine droite plusieurs cuillerées à café d'un pus épais et sanguinolent, pendant plusieurs jours. Après l'évacuation de ce pus, le malade, ayant inspiré par le nez, sentit comme de l'air monter jusqu'à l'endroit douloureux de la tête et y occasionner une sensation très-désagréable, qui fut de courte durée et disparut complètement. Les accidens spasmodiques et la douleur de tête qui avaient duré si long-temps, se perdirent après la cessation de l'écoulement purulent par le nez. Cependant cet écoulement se reproduisit pendant un certain nombre d'années, à des intervalles de six, huit à douze semaines, précédé chaque fois des mêmes

phénomènes morbides que nous avons décrits, à l'exception de la douleur de l'oreille, phénomènes qui cessaient ensuite après l'entière évacuation du pus.

Dans l'année 1820, M*** s'aperçut d'une dépression osseuse au côté gauche de l'occiput, de la même étendue que celle occupée par la douleur au pariétal droit.

M*** eut, en 1831, presque régulièrement tous les matins, à sept heures, un accès d'épilepsie qui durait un quart d'heure. Il se mit à l'usage d'une eau laxative et de bains frais, et s'en trouva bien; l'abdomen qui était souvent tendu devint plus libre, et le malade fut moins sujet à des congestions sanguines vers la tête, qui venaient assez souvent dans l'après-midi; il fut délivré aussi de symptômes hémorrhoïdaires qui s'étaient montrés dans les derniers temps; enfin les accès épileptiques diminuèrent également de fréquence et d'intensité.

Mais au bout de deux ans, l'écoulement nasal purulent, qui avait été supprimé, s'étant reproduit plus fort et plus persistant qu'auparavant, en s'accompagnant des symptômes d'un violent coryza, les attaques épileptiques se renouvelèrent.

Après la cessation du pus, tous les symptômes et la douleur de tête restèrent supprimés pendant un an, lorsque le malade fut de nouveau pris d'accidens nerveux, qu'il décrit de la manière suivante: « J'éprouvais, quand les spasmes me prenaient, comme la sensation d'un lien serré fortement autour de la tête, puis le spasme descendait subitement de la nuque jusqu'au sacrum, et il se faisait dans le canal un mouvement de fluctuation de bas en haut, comme s'il y avait eu de l'eau. »

En 1834, ces accès prirent une autre forme; presque toutes les nuits, vers trois heures du matin, la cuisse

droite du malade était prise de crampes qui s'irradiaient avec la rapidité de l'éclair jusqu'aux orteils. La jambe devenait toute raide, et le mollet était comme effacé. On ne parvenait à faire disparaître cet état spasmodique que par de fortes frictions; la scène finissait par une sueur abondante et froide, mais il n'était pas rare qu'elle se renouvelât au bout de quelques heures. Ces accès étaient toujours suivis d'un état d'abattement et de faiblesse, qui rendait le malade incapable de s'occuper pendant toute la matinée. Dans la journée, une contrariété, une frayeur pouvait provoquer ce même spasme, qui attaquait alors le bras droit; l'accès durait moins long-temps, mais le bras restait encore pendant quelques heures hors d'état de se mouvoir.

Depuis une année, la vue de M*** qui avait repris, après son accident, une certaine force, a commencé à faiblir, d'abord à l'œil droit, puis au gauche; de manière que, même à l'aide de lunettes, il ne peut voir les objets qu'à une distance rapprochée.

M. le docteur Behr, qui a souvent occasion de voir le malade, décrit ainsi son état actuel:

M*** est d'une constitution forte; il souffre de fréquentes congestions vers le cerveau, qui paraissent affecter un certain type de quatre à six semaines; ses yeux paraissent moins saillans que d'ordinaire; il existe aussi une diminution dans la mobilité de la pupille qui n'est point remarquablement dilatée; l'iris est d'un gris pâle; il existe au tiers supérieur de la suture lambdoïde, du côté gauche, une dépression osseuse de la grandeur d'un écu de Prusse; on ne remarque aucune cicatrice au cuir chevelu, qui est cependant moins couvert de cheveux en cet endroit; la dépression va en augmentant des bords vers le centre d'un

quart de ligne à trois lignes ; l'enfoncement le plus marqué est vers l'angle de la suture ; il est grand comme une pièce de 10 sous, et paraît formé par un os wormien déprimé. Une pression exercée sur cet endroit ou sur toute autre région de la tête n'occasione pas la moindre incommodité.

Au côté opposé où existe la douleur, toutes les parties sont à l'état normal ; ici encore cette dernière n'est ni provoquée, quand elle sommeille, ni augmentée, quand elle existe, par une pression extérieure.

M*** fait constamment usage de bains, et prend journellement avec assez d'avantage une solution de sel de Glauber. A part les accès de crampes qui le prennent la nuit, et que nous avons décrits, il se trouve bien, et peut, dans les momens libres, se livrer au travail de bureau.

Cette observation nous a paru intéressante sous plus d'un rapport.

Et d'abord elle nous fait voir que ce qui avait été attribué par les premiers chirurgiens qui virent le malade, au soi-disant vent du boulet, a été l'effet d'une véritable contusion produite par le projectile qui est venu frapper obliquement le côté occipital gauche de la tête. Ce serait donc un nouvel argument, s'il en était besoin, contre la théorie des plaies ou contusions causées par la pression de l'air atmosphérique, théorie qui a été reproduite dans ces derniers temps par Rust et Busch [1], qui expliquent ce genre d'accident non plus par la pression de l'air, mais au contraire, par le vide qui se formerait au moment du passage d'un projectile de gros calibre ; il se manifesterait, dans les parties placées dans ce vide instantané, une turges-

[1] *Rust's Magazin ;* B. VII, H. 3, S. 344 ; und B. X, H. 3, S. 372.

cence qui se ferait du dedans en dehors; mais cette explication est évidemment contraire aux lois de la physique[1].

Nous avons ensuite à examiner la série des phénomènes extrêmement curieux, et la manière non moins remarquable dont ils se sont succédé.

Le premier effet fut une commotion assez forte pour priver entièrement de connaissance le malade; mais ce premier effet disparut au bout de quinze minutes, sans laisser aucune trace, puisque M*** put, le jour même, pratiquer encore une opération grave avec un plein succès. Ce fait prouve que les phénomènes, consécutifs à la commotion, soit ceux d'épanchement ou de compression, peuvent survenir assez long-temps après que la cause qui les a provoqués, a cessé d'agir; les exemples de ce genre ne sont d'ailleurs pas rares. La cessation des symptômes de la commotion fut produite par le mouvement extraordinaire qui se fit autour du blessé par la retraite précipitée du régiment dont il était chirurgien. C'était là une sorte d'excitation produite par une cause morale, analogue à l'action des stimulans thérapeutiques, qui comme le démontre de nouveau ce cas, sont toujours indiqués dans les premiers momens d'une commotion franche, sans épanchement ni compression.

La cécité, qui survint le lendemain, nous indique qu'il se forma peu à peu un épanchement de lymphe ou de sang provenant de la déchirure de quelques vaisseaux, qui se fit sur les couches optiques.

Abercrombie rapporte un cas à peu près analogue. Un officier, après une violente céphalalgie devint aveugle, et mourut au bout de deux ans dans un état comateux; à l'autopsie on trouva une tumeur du volume d'un œuf de

[1] Chelius, *Handbuch der Chirurgie*. Stuttgart, 1829; B. I, S. 176.

poule, interposée entre les nerfs optiques qui se trouvaient ainsi écartés [1].

Dans notre observation, l'épanchement fut résorbé en partie; et c'est probablement à cette circonstance que le malade dut le recouvrement de sa vue; ce qui resta de l'épanchement s'entoura d'un kyste qui demeura stationnaire pendant trois ans, durant lesquels la douleur pariétale droite ne fit aucun progrès.

Ce n'est qu'en 1816, soit qu'à cette époque les congestions vers la tête fussent devenues plus fréquentes, soit que la matière contenue dans le kyste se fût ramollie, et épanchée au dehors, ou par ces deux causes réunies, que la douleur augmenta, se propagea; de nouveaux symptômes survinrent, de très-remarquables surtout du côté de l'oreille droite et du nez; ces derniers étaient dus évidemment aux efforts de la nature qui cherchait à éliminer le corps étranger; le pus chercha d'abord à se frayer un passage par l'oreille. Abercrombie rappelle plusieurs cas desquels il résulte que, lorsqu'il se fait ainsi à l'extérieur un écoulement de la matière purulente épanchée, soit à la surface, soit dans la substance même du cerveau, la maladie peut durer très-long-temps avant de devenir mortelle, et même quelquefois se terminer par la guérison. Dans l'observation présente, le pus n'ayant pu sortir par l'oreille, vint, ce qui est beaucoup plus rare, se faire jour par les narines. On trouve des exemples de faits analogues dans Bartholin [2], Marchetti, disciple de Fabrice d'Aquapendente, Morgagni [3], et autres.

[1] *Des Maladies de l'encéphale*, etc.; traduit de l'anglais par M. le docteur Gendrin. Paris, 1829; p. 473.

[2] *Hist. anat. rar.;* cent. II, 41, et cent. VI, 13.

[3] *De Morb. capit.*, epist. VI, art. 5.

Un fait extrêmement curieux, rapporté par Ambroise Paré [1], nous semble devoir être rapporté ici.

Un enfant tomba sur un parquet dallé, la tête en avant. Il perdit aussitôt connaissance; il survint de la fièvre, du délire et d'autres symptômes des plus alarmans. Le septième jour, après une sueur profuse, l'enfant fut pris de violens efforts d'éternument, par lesquels il rendit une grande quantité de pus par la bouche, le nez et les oreilles, et guérit peu de temps après.

Un phénomène tout-à-fait semblable s'observe parfois dans l'hydrocéphale, et Gœlis [2] regarde comme d'un augure favorable, le suintement d'un liquide séreux par les narines.

Storch a vu ainsi un individu, atteint d'une hydropisie chronique des ventricules du cerveau, rendre dans une nuit plus d'une livre de sérosité par le nez, et se remettre pour quelque temps; la maladie s'étant malheureusement reproduite, il y succomba.

L'évacuation du pus par les orbites est encore plus rare que son écoulement par les narines, cependant on en trouve un exemple rapporté dans Borsieri [3].

D'après la nature des symptômes et la durée de la maladie, on peut admettre qu'il existait un abcès circonscrit, enkysté, qui avait son siége dans le ventricule droit. En effet, la longue durée de cette affection et l'écoulement d'une quantité presque toujours égale de pus à des époques à peu près régulières, militent en faveur d'un abcès enkysté. Si la suppuration avait été diffuse, si elle avait envahi une grande partie du cerveau, l'écoulement puru-

[1] *OEuvres d'Ambroise Paré;* l. X, c. 23.

[2] *Vom innern chronischen Wasserkopfe;* S. 96.

[3] Vol. III, cap. I, § 9.

lent aurait eu lieu en plus grande abondance, et il ne se serait probablement point reproduit à des reprises différentes. La sortie du pus par la narine droite prouve que l'abcès avait son siége dans le ventricule du même côté.

Il est à remarquer que les accidens épileptiques qui se localisèrent de plus en plus, en se bornant en dernier lieu au côté droit du corps, ne se manifestèrent que dix-huit ans après le coup : les faits semblables sont assez rares ; ce qui l'est également, c'est la manifestation des accidens nerveux, au côté droit du corps, à la suite d'un épanchement purulent du même côté du cerveau. Forestus[1] rapporte un cas analogue ; l'abcès était du côté droit, et presque tout le même côté du corps était paralysé.

On voit encore par cette observation combien il faut être réservé dans l'emploi du trépan, même quand il existe des signes d'épanchement. On aurait certainement été conduit à trépaner ici du côté où le malade avait été frappé, et cependant l'épanchement était du côté opposé. Combien n'existe-t-il pas de faits analogues qui sont autant d'avertissemens pour les chirurgiens qui veulent appliquer le trépan dans tous les cas où il y a compression.

Il ne se trouve peut-être aucun exemple d'une tumeur qui ait séjourné aussi long-temps dans la substance cérébrale, sans compromettre à la fin les jours du malade.

Les docteurs Beilby et Blanc parlent, le premier, d'un abcès qui a existé pendant dix ans neuf mois ; le second, d'un autre qui a duré quatorze ans ; c'est la durée la plus longue que l'on connaisse jusqu'à présent[2]. Chez notre malade, l'abcès s'est développé il y a vingt-trois ans, et sa santé est aujourd'hui telle, qu'il peut raisonnablement

[1] *Observat.;* lib. X, obs. 11, t. I, p. 414.

[2] Abercrombie, *des Maladies de l'encéphale*, etc.

espérer de vivre encore long-temps. Nul doute que l'évacuation, en quelque sorte périodique, du pus par le nez, n'ait puissamment contribué à prolonger son existence.

Le long intervalle entre chaque apparition des phénomènes morbides, malgré la persistance du désordre local du cerveau, a dû frapper l'observateur. Cependant ce cas est loin d'être isolé dans la science. Abercrombie dit : Dans toutes les formes de la maladie, les symptômes peuvent cesser d'une manière remarquable, de telle sorte que le malade et ses amis se font souvent illusion, et croient qu'il n'existe point de désordre permanent dans le cerveau. Nasse fait la même observation. Sans chercher à expliquer en général ce phénomène, qui peut jeter quelque jour sur la nature de l'intermittence et la périodicité des maladies, nous croyons que, dans le cas qui nous a occupé, la réapparition des symptômes était en rapport avec la formation nouvelle du pus dans l'intérieur du kyste ; car, ainsi que nous avons pu le voir, tous ces symptômes diminuaient ou cessaient entièrement, dès que la matière enkystée s'était fait jour par les narines.

L'alun, remède efficace dans la blennorrhagie; par W. Friedrich, de Leipzig[1].

Depuis près de trois ans, M. Friedrich se sert de l'alun dans la période inflammatoire de la blennorrhagie. Il le donne ainsi qu'il suit : *R. Alum. crud.*, ʒj — ʒij; *aq. distill.*, ℥vj; *succ. liquir.*, ℥j. — Une cuillerée à soupe trois fois par jour. — Au bout de quelques jours, la douleur en urinant et les érections nocturnes diminuent; de telle sorte que la période inflammatoire dure rarement au delà de huit à dix jours. Alors, il ajoute à la solution d'alun : *R. Balsam. copaiv.*, ʒß — ʒj; *pulv. cubeb.*, ℥j.

Au bout de quatre à six jours, l'écoulement devient moins copieux ou disparaît entièrement. Si cet effet n'est pas produit, on fait prendre 4 cuillerées par jour, en deux fois. On continue cette potion pendant huit jours, soit à la même dose, soit seulement une fois par jour. Le régime est modéré, mais l'on doit s'abstenir de vin et de bière. Si la blennorrhagie ne présente pas un caractère inflammatoire, on peut donner de suite la seconde formule; souvent alors la maladie disparaît en peu de jours. Jamais l'auteur n'a observé la moindre action fâcheuse sur le tube intestinal; seulement il a cru remarquer quelquefois une diminution dans la quantité des urines. Le docteur Friedrich recommande encore la formule suivante qui lui a été utile dans les blennorrhagies chroniques : *R. Pulv. cubeb.*, ℥ij; *bals. copaiv.*, *fabæ pechurim.*, ãã ℥ß. *M. F. pulv. det. ad oll. alb. S. trois fois par jour,* 1 *ou* 2 *fortes cuillerées à café.*

[1] *Schmidt's Jahrbücher;* t. XI, p. 13.

Emploi de l'huile éthérée de moutarde, par le professeur Wolff, de Berlin[1].

On emploie cette huile à la dose de 24 gouttes sur 1 once d'alcool, ou de 5 à 6 gouttes sur 1 gros d'huile d'amandes douces; mais la solution alcoolique est préférable. On s'en sert pour frictions, ou bien on applique des flanelles imbibées de ce liquide, suivant le plus ou moins de sensibilité de la peau. Il en résulte une douleur brûlante, avec rubéfaction de la peau, et quelquefois soulèvement de l'épiderme.

Deux frictions, une le matin et une le soir, suffisent pour les affections chroniques, mais il faut avoir soin de ne pas les faire à la même place. Les frictions peuvent se faire par tout le corps; les applications de flanelles sont réservées pour les extrémités et pour le tronc.

L'irritation considérable qui suit cette application est recommandée dans les affections chroniques, sans fièvre; dans les affections fébriles légères, ou dans les fièvres adynamiques. On l'a employée dans les affections subinflammatoires, les affections nerveuses apyrétiques, les rhumatismes subaigus, les rhumatismes chroniques, les maladies des articulations, des aponévroses, des muscles. Ce remède agit comme les vésicatoires, sans en avoir les inconvéniens. Il a eu de bons effets dans les névralgies, mais on ne doit s'en servir que lorsqu'on a diminué par des sangsues la violence du mal. Il est utile dans les paralysies qui succèdent à des rhumatismes chroniques. On l'a aussi employé avec succès contre le gonflement des arti-

[1] *Schmidt's Jahrbücher*; t. XI, p. 20.

culations, et dans les fausses ankyloses, suites de rhumatismes.

On a administré l'huile de moutarde à l'intérieur dans les affections muqueuses de l'estomac, à la dose de 2 gouttes dans une potion gommeuse de 6 onces. Cette potion avait un goût très-âcre, mais elle fut suivie de bons effets. Peut-être pourrait-on s'en servir aussi dans l'hydropisie chronique, car on a remarqué qu'elle activait la sécrétion des urines.

Emploi du seigle ergoté dans un cas d'hémorrhagie, par le docteur Schæffer.

Un homme de trente-quatre ans, d'une constitution molle et un peu scrophuleuse, était affecté chaque année, depuis quatre ans, d'hémorrhagies considérables par la bouche. Le sang coulait en abondance de toutes les parties de la cavité buccale, principalement de la partie interne des joues et des lèvres; le malade en perdait jusqu'à 3 à 4 livres dans les vingt-quatre heures. Il n'existait aucune affection scorbutique; au contraire, les dents étaient blanches, les gencives fermes, seulement un peu pâles. L'hémorrhagie cessait ordinairement le troisième ou le quatrième jour. On employa successivement une foule de médicamens: Du petit lait aluminé pour boisson, l'élixir de Haller, la teinture de cannelle, la gomme kino, l'écorce de saule, le quinquina; et extérieurement, des gargarismes astringens, avec l'alun, le sulfate de fer, l'acétate de plomb. Ces remèdes n'amenaient qu'une amélioration momentanée, et le malade dépérissait de plus en plus. Le 24 sep-

tembre 1835, le docteur Schæffer fut appelé auprès de cet homme; il le trouva baigné dans son sang, qui s'écoulait de la bouche, d'une manière non interrompue, depuis trois jours: Pâleur cadavérique, épuisement extrême, bruissement et tintement d'oreilles continuels, soif, respiration précipitée, extrémités froides; pouls petit et rapide. Les remèdes ordinaires furent employés, mais sans aucun succès. Alors le docteur Schæffer prescrivit la formule suivante: *R. Secal. cornut., sacch. alb.,* āā ℥ij. *M. f. pulv. div. in* x *part. æq. D. S. toutes les demi-heures une poudre.* Après la troisième poudre, l'hémorrhagie diminua, et elle cessa tout-à-fait après la cinquième; le malade sommeilla un instant. Il prit le reste de ses poudres, 1 toutes les quatre heures; on lui donna pour boisson une infusion de cannelle avec de l'élixir acide de Haller. Il se remit peu à peu; et au mois de juin 1836, il n'avait pas encore eu de rechute.

Expériences sur l'action hémostatique de la créosote [1].

Les docteurs Müller et Reiter ont entrepris une série d'expériences sur les animaux, pour constater la propriété hémostatique de la créosote.

L'hémorrhagie provenant de la section de la veine crurale sur des chiens, s'arrêta par la simple application d'un tampon de coton, imbibé de créosote.

Dans les expériences que l'on fit sur les artères, on fut obligé de les comprimer, afin de donner à la créosote le temps d'agir sur les parois des vaisseaux. On pouvait cesser

[1] *Schmidt's Jahrbücher;* t. XI, p. 288.

la compression au bout d'environ dix minutes; il ne survenait pas d'hémorrhagie. A l'examen de l'artère coupée, on trouvait ce vaisseau entièrement oblitéré, présentant au dehors une dépression ombilicale, en rapport avec un caillot de forme conique; toutes les tuniques de l'artère étaient enflammées dans l'étendue de 1 ligne. On choisit ordinairement pour ces expériences les artères crurales.

Des expériences comparatives faites avec l'eau de Binelli, firent voir que cette eau était moins efficace que la créosote, car on fut presque toujours obligé d'avoir recours à cette dernière pour arrêter l'hémorrhagie.

Lorsque le sang s'écoule en nappe de la surface d'une grande plaie, l'eau créosotée suffit pour faire cesser cet écoulement.

On a remarqué que la créosote injectée dans les veines produit la coagulation instantanée du sang, et s'oppose ainsi à la sortie de ce liquide: il ne résulte aucun accident de cette injection.

Le professeur Schneider, de Munich, a eu l'occasion d'éprouver ses bons effets sur l'homme. Il fut appelé auprès d'un vieillard de quatre-vingts ans, qui, depuis sept heures, saignait continuellement de la bouche, et qui avait déjà perdu cinq à six livres de sang. Ce liquide sortait des gencives comme des pores d'une éponge, sans qu'il y eût cependant aucune diathèse scorbutique. Un chirurgien avait déjà employé tous les remèdes imaginables. M. Schneider fit remplir la bouche d'eau créosotée; après la troisième prise, l'hémorrhagie s'arrêta pour ne plus reparaître.

Anévrisme du canal thoracique; par J. T. H. Albers, de Bonn[1].

A l'autopsie d'un homme âgé de cinquante et un ans, mort d'une maladie du foie, le professeur Albers trouva aux environs du plexus solaire, entre plusieurs tumeurs cartilagineuses, un petit sac mou, demi-transparent, à parois fines et bosselées. Il crut d'abord que c'était une hydatide; mais il vit bientôt que ce sac tenait aux parties voisines par différens rameaux, et qu'il se continuait en haut et en bas par un canal distinct. Ce sac renfermait une lymphe liquide, avec des parties floconneuses; ses parois étaient lisses, et l'on pénétrait facilement avec une sonde dans le canal supérieur et inférieur. On suivit ce canal vers le haut, et l'on acquit la certitude que c'était le canal thoracique. Les parois de la partie dilatée étaient plus solides que dans le reste de son étendue.

[1] *Schmidt's Jahrbücher;* t. XI, p. 300.



Notice sur l'épidémie de variole qui a régné à Strasbourg pendant l'année 1833; par A. Lereboullet, docteur-médecin.

Depuis la grande épidémie de variole qui parcourut, pendant les années 1825 et 1826, tout le département du Bas-Rhin, épidémie dont le professeur Lobstein a donné l'histoire dans les Mémoires de la Société des sciences, agriculture et arts de ce département, la ville de Strasbourg avait été épargnée, ou du moins elle n'avait eu que quelques cas isolés et peu graves.

Vers la fin de l'été de 1832, quelques varioles se présentèrent dans les rues qui avoisinent l'hôpital militaire; mais la maladie, par sa bénignité et le petit nombre des individus atteints, ne semblait pas devoir prendre un caractère épidémique. La rougeole et la scarlatine régnaient alors avec intensité.

Pendant le mois de décembre, le nombre des malades augmenta considérablement; la variole se répandit successivement dans les différens quartiers de la ville; elle régna à peu près avec une égale intensité pendant les sept premiers mois de 1833, diminua vers le mois d'août, et parut vouloir cesser, au point que pendant les mois de septembre, octobre et novembre, aucun variolé ne fut envoyé à l'hôpital. Au mois de décembre, il y eut une légère récrudescence, qui fut de courte durée.

Pour donner une histoire complète de cette épidémie, il aurait fallu avoir non-seulement le chiffre exact des malades, mais encore des détails sur sa marche et sa durée dans les différentes parties de la ville. Je n'ai pu atteindre

à ce résultat, malgré les renseignemens qu'ont bien voulu me fournir MM. les médecins cantonaux, parce que les malades, dans la crainte d'être envoyés à l'hôpital, négligeaient le plus souvent de faire leur déclaration. Aussi le but de ce travail est-il moins de donner une statistique complète de l'épidémie, que de faire connaître le résultat des observations que j'ai recueillies sur un certain nombre de malades traités à l'hôpital.

Avant d'entrer en matière, il eût été bon, peut-être, de donner quelques détails sur la constitution atmosphérique pendant la durée de l'épidémie; j'avais pris assez de notes sur ce sujet pour pouvoir l'exposer mois par mois. Mais tout le monde sait que l'état de l'atmosphère ne semble pas influer sur la marche de la variole; j'ai donc cru pouvoir me dispenser de publier ces données, qui seraient goûtées par peu de personnes, et je me suis contenté de dresser un tableau qui en offre le résumé.

On voit, par ce tableau, que le mois de décembre fut humide, peu froid, avec prédominance du vent du sud; le mois de janvier plus sec, avec un vent du nord-est. Février ressembla en partie à décembre, et mars à janvier. Avril fut de nouveau pluvieux, mai très-beau; les trois autres mois mélangés de pluie et de beau. Or, nous voyons le plus haut chiffre des malades coïncider avec le mois de février; ce chiffre diminue le mois suivant, pour augmenter de nouveau pendant le mois d'avril. En mai, nouvelle diminution; en juin, augmentation considérable. On trouve donc une coïncidence assez constante entre les chiffres les plus élevés et la prédominance du vent du sud.

Rapport du nombre des malades avec les mois de l'année et la constitution atmosphérique.

MOIS.	MOYENNE THERMOMÉTR.	MOYENNE BAROMÉTRIQUE.	MOYENNE HYGROMÉTR.	VENTS DOMINANS.	ÉTAT DU CIEL.	CANTON EST.	CANTON OUEST.	MALADES REÇUS A L'HÔPITAL	TOTAL.
Août 1832....	+ 14° R.	27 9	74 87	S. SE.	Mixte.	1	»	»	1
Septembre...	+ 11° »	27 11	79 33	S. SE.	Beau.	4	»	»	4
Octobre......	+ 8° »	27 11	76 90	NE. S.	Mixte.	1	»	»	1
Novembre ...	+ 3° »	27 9	90 7	NE. S.	Couvert.	6	»	»	6
Décembre ...	+ 2° »	27 10	92 90	S.	Couvert, brouillard.	6	2	10	18
Janvier 1833.	— 3° »	28 0	91 39	NE.	Gelée.	5	1	15	21
Février.......	+ 5° »	27 7	84 18	S.	Pluie, couvert.	10	8	13	31
Mars...........	+ 3° »	27 7	83 68	NE.	Couvert, gelée.	5	4	7	16
Avril..........	+ 7° »	27 7	75 30	S.	Pluie, couvert.	7	1	17	25
Mai............	+ 14° »	27 10	68 26	NE. S.	Serein.	6	4	9	19
Juin...........	+ 15° »	27 8	70 80	S.	Mixte.	1	16	10	27
Juillet.........	+ 14° »	27 9	76 55	NE. S. NO.	Mixte, couvert.	4	5	10	19
Août..........	+ 13° »	27 8	74 55	N. NO. S.	Mixte, couvert.	»	3	6	9
						56	44	97	197

Je commencerai par tracer une esquisse rapide de la marche de la variole, d'après les renseignemens que j'ai pu obtenir.

Le 28 août 1832, M. le docteur Graffenauer, médecin du canton Est, fut appelé auprès de Joseph-Gabriel Argent, enfant âgé d'un an et vingt-huit jours, qui mourut de la petite-vérole à l'hôpital militaire. Quelques jours après, Auguste Durand, garçon menuisier, qui avait inhumé cet enfant, fut atteint de la maladie; il la communiqua à sa sœur, âgée de vingt-quatre ans, et celle-ci à son enfant de deux ans. Aucun d'eux n'avait été vacciné, mais Durand et sa sœur prétendaient avoir eu la petite-vérole dans leur bas âge, et ils en portaient des traces au visage.

La maladie se répandit lentement dans les rues qui avoisinent l'hôpital militaire. La rue appelée Quartier-des-Souabes, surtout, fut des plus maltraitées; la maladie était transportée d'une maison à l'autre, ou gagnait les habitans de la même maison, d'autant plus facilement qu'un grand nombre n'avaient pas été vaccinés. Pendant les trois derniers mois de 1832, l'épidémie se borna à peu près à ces quartiers; plus tard, elle envahit la Krutenau, les rues adjacentes, et se porta jusqu'à la citadelle. La population de ces quartiers, en général pauvre ou peu fortunée, explique, jusqu'à un certain point, la fréquence plus grande des cas de variole; la maladie s'est beaucoup moins étendue sur la rive gauche de la rivière et dans l'intérieur de la ville, ainsi que dans les rues peuplées d'habitans aisés.

Dans le canton Ouest, composé pour la plus grande partie de faubourgs, la variole sévit également avec intensité. Elle commença, dans les premiers jours de décembre, par le faubourg de Pierre, envahit les rues adjacentes, le

Tablea

AGE DES MALADES.	HOMMES.			TOTAL.	FEMMES.			TOTAL.	TOTAL
	C. E.	C. O.	Hôp.		C. E.	C. O	Hôp.		
0 — 1	10	1	1	12	4	5	2	11	[illegible]
1 — 5	8	7	6	21	7	4	7	18	[illegible]
5 —10	5	6	8	19	4	4	3	11	[illegible]
10—15	»	1	6	7	8	2	6	16	[illegible]
15—20	3	3	12	18	2	2	12	16	[illegible]
20—25	»	6	14	20	3	»	10	13	[illegible]
25—30	1	»	2	3	1	1	6	8	[illegible]
30—35	»	1	1	2	»	1	1	2	[illegible]
TOTAUX.	27	25	50	102	29	19	47	95	1[illegible]

[1] C. E. signifie canton Est, C. O. canton Ouest.

[2] Les cas de varicelles n'ayant pas été notés en vill

Marais-Vert, le faubourg de Saverne et le faubourg National, où elle se termina. Ce fut pendant les beaux jours de mai et de juin qu'elle régna avec le plus de force dans ce canton.

J'ai dressé un tableau général, dans lequel j'expose le détail des malades des deux cantons, Est et Ouest, d'après les notes qui m'ont été fournies par MM. les docteurs Graffenauer et Bœckel, ainsi que le détail des malades reçus à l'hôpital.

On voit, d'après ce tableau, que sur un total de 100 malades observés en ville, 52 étaient du sexe masculin, et 48 du sexe féminin; relativement aux âges, le nombre des enfans a de beaucoup surpassé celui des adultes, puisqu'il y a eu 76 malades au-dessous de quinze ans, et seulement 24 au-dessus de cet âge.

Le nombre des individus non-vaccinés s'élève à 59, dont 39 au-dessous de cinq ans.

Il y a eu 71 varioles, proprement dites, dont 12 confluentes, et la plupart très-orageuses, et seulement 29 varioloïdes. Plusieurs varioles vraies et intenses ont affecté des individus qui avaient été vaccinés, et ont laissé des traces visibles; cependant le plus grand nombre de ces derniers n'ont eu que la varioloïde ou une variole discrète et très-bénigne.

Le nombre des morts s'élève à 14, dont 11 enfans et 3 adultes. Un seul avait été vacciné, c'était un jeune homme de vingt-trois ans qui fut pris d'une variole très-intense; cependant M. Bœckel attribue sa mort, en partie à la mauvaise constitution du malade, en partie au manque de soins, et à plusieurs imprudences qu'il commit pendant le cours de sa maladie. C'est aussi au manque de soins, et à la négligence impardonnable des parens,

que M. Graffenauer attribue la mort de ses malades, du moins pour la plupart.

Parmi les enfans morts dans la première année de la vie, M. Bœckel a observé le cas remarquable d'une variole congéniale, sans que la mère ait eu la maladie. L'enfant, du sexe féminin, vint au monde, entièrement couvert de pustules varioliques; il ne vécut que deux jours.

Une autre observation également faite par M. Bœckel, est celle d'un enfant allaité par une femme atteinte de variole confluente, et qui ne contracta pas la maladie, quoiqu'il n'eût pas été vacciné.

Les deux cantons Nord et Sud ont eu moins de malades. Ainsi, dans le canton Nord, qui renferme les quartiers les plus aérés et les plus sains de la ville, le nombre des variolés a été de 30, dont 14 atteints de variole et 16 de varioloïde. Les premiers n'avaient pas été vaccinés, tandis que les seconds avaient tous joui des bienfaits de la vaccine. Sur les 30 malades, il y avait 19 enfans et 11 adultes (3 hommes et 8 femmes); 3 enfans sont morts de variole confluente; tous les autres ont guéri, quoique plusieurs eussent éprouvé des accidens très-graves, et notamment des congestions vers la tête, la poitrine ou l'abdomen. Quelquefois on est parvenu à prévenir ces congestions à l'aide de saignées locales; alors la maladie, réduite à son plus grand état de simplicité, suivait son cours naturel. M. le docteur Willemin a observé que chez tous ceux qui n'avaient pas été vaccinés, il est resté des traces plus ou moins profondes à la peau, et souvent la convalescence a été lente; tandis que chez les 16 individus vaccinés, et qui furent atteints de varioloïde, la maladie a été légère, de courte durée, et n'a laissé aucune marque durable.

Je regrette de ne pouvoir rien donner de précis sur le canton Sud; M. le docteur Müller, n'ayant été que très-rarement prévenu, n'a pas tenu note du petit nombre de malades, auprès desquels il a été appelé. J'ai vu, par ses états mortuaires, qu'il est mort, du mois de janvier au mois de novembre 1833, 7 individus atteints de petite-vérole.

J'arrive aux malades qui ont été reçus à l'hôpital, et que j'ai pu observer moi-même. Leur nombre s'élève à 97, depuis décembre 1832 jusqu'à la fin d'août 1833, savoir: 50 hommes et 47 femmes. Sur ce nombre, 50 n'avaient pas été vaccinés; de plus, un grand nombre de malades, qui se disaient vaccinés, ne présentaient aucune trace de cicatrices, et chez d'autres on ignorait absolument si ce préservatif avait été employé: en sorte qu'en y comprenant ces vaccinations douteuses, on peut porter à 60 environ le nombre des individus non-vaccinés.

Sur les 97 malades, nous avons compté 55 varioles, dont 12 confluentes, 20 varioloïdes et 22 varicelles[1].

Les adultes ont été les plus nombreux, puisque nous avons eu 48 malades entre quinze et vingt-cinq ans; ce qui provient de ce que les parens gardaient de préférence leurs enfans chez eux.

Si nous réunissons à ces malades de l'hôpital ceux qui ont été observés dans les cantons Est et Ouest, comme je l'ai fait dans le tableau général, nous voyons qu'il y a eu 115 malades au-dessous de quinze ans, 78 de quinze à

[1] Je comprends sous le nom de *variole*, tous les cas dans lesquels la période de suppuration a été accompagnée de fièvre; mais on verra plus loin qu'un assez grand nombre de ces cas étaient loin de présenter tous les phénomènes qui constituent la vraie variole, telle qu'elle est décrite dans les auteurs.

trente; tandis qu'il n'y a eu que 4 malades au-dessus de ce dernier âge.

On voit encore que les plus hauts chiffres des individus non-vaccinés correspondent aux premières années de la vie, et que c'est aussi à ces premières années que répondent les plus hauts chiffres des variolés; tandis que les adultes, qui offrent plus d'individus vaccinés, offrent moins de varioles, mais plus de varioloïdes et de varicelles. En effet, sur 115 individus de zéro à quinze ans, nous avons 34 vaccinés, 81 non-vaccinés, 88 varioles, 24 varioloïdes, 3 varicelles; tandis que sur 78 individus de quinze à trente ans, nous trouvons: 53 vaccinés, 25 non-vaccinés, 36 varioles, 23 varioloïdes, 19 varicelles.

Ces résultats ne semblent-ils pas venir à l'appui de l'opinion d'un assez grand nombre de médecins qui pensent que la vaccine a besoin d'être renouvelée à une certaine époque de la vie?

Quoi qu'il en soit de cette question, toujours est-il certain que la vaccine a modéré l'action du virus variolique, puisque les individus vaccinés ont été généralement moins gravement atteints. C'est ce que l'on verra mieux encore dans le tableau suivant, qui représente le rapport exact des vaccinations aux cas de maladie, chez les sujets reçus à l'hôpital.

	VARIOLES			VARIOLOÏDES.	VARICELLES.	TOTAL.
	discrètes.	confluentes.				
Vaccinés. . .	12	3	15	13	22	50
Non-vaccinés.	31	9	40	7	0	47
TOTAUX. . .	43	12	55	20	22	97

Les symptômes et la marche de la variole sont si bien connus, que je ne m'arrêterai pas à les décrire ; je me bornerai à indiquer les particularités qu'elle a présentées, d'après le relevé des 97 observations que j'ai rédigées. Mais avant, il ne sera pas inutile de rapporter quelques faits relatifs à la contagion et à la durée de l'incubation.

Nous avons vu plusieurs fois les enfans d'une même famille ou d'une même maison, affectés successivement; je n'en citerai qu'un exemple, c'est celui de la famille Schwab, composée de 7 enfans. Xavier fut atteint le 9 janvier, Madeleine le 17, Fréderic le 28, Guillaume le 21 février; deux autres enfans en bas âge furent affectés à la même époque et en même temps; enfin, Sophie le 24. Celle-ci, la seule de la famille, avait été vaccinée; elle eut pendant deux jours tous les prodromes de la maladie, mais sans éruption, quoiqu'elle habitât la même chambre que ses frères et ses sœurs, chez lesquels la maladie parcourut toutes ses périodes.

Souvent la variole nous a paru s'être communiquée pendant la période de dessiccation; dans d'autres cas, il nous a été impossible de remonter à l'origine du mal. Ainsi, plusieurs enfans ont été atteints dans la salle des enfans galeux de l'hôpital, quoiqu'on eût interdit toute communication, et qu'on eût évacué les malades dès les premiers prodromes. Chez tous ces enfans, la variole s'était développée après la guérison de la gale.

La durée de l'incubation est, en général, très-difficile à apprécier, parce qu'on ignore, le plus souvent, l'époque à laquelle le virus affecte l'économie. Sous ce rapport, les faits suivans ne sont pas dépourvus d'intérêt :

Marie Binchinat, non-vaccinée, affectée de variole discrète, entra à l'hôpital le 13 avril 1833, quatrième jour

de l'éruption, allaitant un enfant de cinq mois. Le jour même on lui retire son enfant, que l'on place dans la salle des accouchées, située à l'extrémité opposée de l'établissement. Cet enfant est vacciné le 20 avril, sept jours après avoir été séparé de sa mère; les boutons de vaccin se développent assez bien; mais au bout de sept jours (le 27), des pustules varioliques apparaissent sur les cuisses. Le 29 avril, elles ont envahi tout le corps; l'enfant est affecté d'une véritable variole, confluente à la face, accompagnée d'une fièvre très-intense. La maladie suivit son cours naturel, sans accidens graves, et se termina vers le 20 mai.

Ainsi, en admettant que cet enfant eût reçu de sa mère le germe de la maladie, l'incubation aurait duré quinze jours. Dans tous les cas, la vaccine a été impuissante, soit pour neutraliser le virus variolique, soit pour en préserver l'enfant, dans le cas où ce virus n'aurait pas encore existé en lui, à l'époque de son entrée dans la salle des accouchées.

Barbe Demmel, non-vaccinée, affectée de variole discrète, entrée le 23 avril, jour de l'éruption, allaite un enfant de trois mois, qu'on envoie le jour même à la salle des accouchées. Cet enfant est vacciné le 28, les pustules de la vaccine se développent parfaitement bien. Le huitième jour (4 mai) apparaissent, sur la face et sur d'autres parties du corps, des pustules nombreuses, mais petites, acuminées, rouges. Ces pustules ne passèrent pas à la suppuration, et conservèrent le caractère des boutons de varicelle. La maladie ne dura que dix jours.

Dans ce cas, il paraît que l'enfant a contracté, dès le premier jour, le germe de la maladie, puisqu'il a été de suite séparé de sa mère : l'incubation aurait donc duré douze jours.

Je dois faire observer qu'aucun enfant de la salle n'avait contracté la maladie avant l'arrivée de ces deux enfans, et que ceux-ci ne l'ont communiquée à personne.

La maladie s'est annoncée constamment par des prodromes de deux, trois, rarement de quatre jours. Ces prodromes consistaient surtout dans un trouble des fonctions digestives: Nausées, vomissemens, malaise général, céphalalgie, douleurs dans les membres.

L'intensité et la durée de ces symptômes précurseurs étaient rarement en rapport avec la nature de l'éruption: ainsi, nous avons vu beaucoup de varicelles précédées de dérangemens aussi graves que de véritables varioles.

L'invasion a quelquefois été accompagnée de fièvre violente, qui, dans certains cas, rares à la vérité, a duré cinq, six et jusqu'à huit jours; au bout de ce temps, les pustules, qui étaient restées stationnaires, commençaient à s'élever, et alors seulement les symptômes fébriles diminuaient ou cessaient entièrement, pour reparaître quelques jours plus tard, pendant la période de suppuration.

Cette fièvre, au début, accompagnait toujours les varioles vraies, le plus souvent elle s'est aussi manifestée dans les cas de variole modifiée; mais dans les cas de varioloïde ou de varicelle, elle était très-légère ou nulle. La durée de ce qu'on appelle période d'invasion, c'est-à-dire depuis l'apparition des pustules jusqu'au commencement de la suppuration, a été très-variable. Dans 10 cas seulement, elle a été de trois à quatre jours; dans tous les autres cas elle a été de cinq, six, sept et huit jours. J'excepte de ce compte les varicelles qui, comme on sait, n'ont pas de périodes marquées.

La durée de la période de suppuration a été plus cons-

tante; le plus souvent elle n'a pas dépassé quatre jours; cependant, quelquefois elle a été de six, sept et huit jours. La fièvre qui l'accompagne a toujours existé pendant tout le temps, et n'a cessé que lorsque la dessiccation commençait à se faire. Cependant j'ai vu, dans un cas, la fièvre continuer pendant les trois premiers jours de la dessiccation.

Quant à la durée de la période de dessiccation, elle a été extrêmement variable; bornée à six ou sept jours chez quelques malades, elle a été chez d'autres de dix, quinze, dix-huit et même de vingt jours. Dans la grande majorité des cas, les croûtes n'étaient entièrement détachées que le douzième jour.

On voit par ce qui précède, qu'il n'y a rien eu de constant dans la durée d'aucune des périodes de la maladie, ni par conséquent dans celle de la maladie entière. En effet, la durée totale, depuis l'invasion jusqu'à la chute des croûtes, a varié depuis onze jours jusqu'à trente jours et au delà.

Les pustules ont affecté deux formes générales très-distinctes : les unes petites, plates, ombiliquées dès les premiers jours, ne se remplissant que lentement, et souvent d'une manière incomplète, offraient tous les caractères des pustules varioliques proprement dites, et par leur forme et par leur développement. Le plus souvent elles étaient confluentes, ou du moins très-rapprochées les unes des autres; et alors la peau, à l'entour de ces pustules, était rouge, tuméfiée, tendue, et le siége des douleurs les plus cuisantes.

Lors de leur plus grand développement, les pustules dont nous parlons n'étaient jamais *bombées*, et n'offraient pas cet aspect *perlé* qui caractérise les pustules de la se-

conde espèce; tout en perdant leur dépression centrale, elles restaient toujours un peu aplaties et avaient une couleur jaunâtre uniforme.

Les autres pustules apparaissant d'abord sous la forme de points rouges, élevés au-dessus de la peau, n'offraient jamais de dépression ni d'ombilic. Elles se développaient toujours plus rapidement que les précédentes, se remplissaient de sérosité, devenaient alors très-bombées, globuleuses et d'un aspect perlé. La peau qui les entourait, conservait sa couleur naturelle et n'était que légèrement tuméfiée. Plus tard, ces pustules offraient un noyau grisâtre à leur centre, noyau formé par la conversion de sérosité en pus. Dans un petit nombre de cas, on apercevait quelques pustules plates et ombiliquées, mêlées à ces pustules bombées. Celles-ci, dans la grande majorité des cas, étaient discrètes, et entourées d'une auréole plus ou moins étendue; quelquefois, lorsqu'elles se touchaient et qu'elles venaient à crever, le pus qu'elles renfermaient se répandait en nappe, et formait ainsi des îlots plus ou moins étendus: c'est ce qui avait surtout lieu à la face. Aux membres, au contraire, les pustules étaient plus espacées, mais aussi plus volumineuses; souvent elles ne crevaient pas, mais se desséchaient lentement, et prenaient alors une couleur brune foncée, quelquefois noirâtre; dans ce cas, la chute des croûtes se faisait attendre longtemps. Chez quelques individus, les pustules se trouvaient en très-petit nombre; mais leur volume semblait s'accroître en raison de leur rareté. Ainsi, dans un cas, je n'en ai compté que 18, disséminées sur toute la surface du corps; quelques-unes avaient la grosseur d'une noisette. Ici, la maladie dura dix-huit jours, et la période de suppuration fut accompagnée d'une forte fièvre.

La première forme de pustules a affecté presque exclusivement des individus non vaccinés : j'en ai noté 15 cas, sur lesquels 3 seulement avaient été vaccinés. Dans ces cas, la variole a presque toujours été confluente : douze fois sur quinze; toujours elle s'est accompagnée, pendant la période de suppuration, d'une réaction vive, caractérisée par l'accélération du pouls, la chaleur brûlante de la peau, la soif, et des désordres plus ou moins graves du côté des fonctions cérébrales, ou des fonctions respiratoires et digestives. La durée de cet état fébrile était généralement de trois ou quatre jours, lorsque la maladie avait une issue favorable; alors les pustules de la face se recouvraient de croûtes humides, la fièvre tombait, et peu à peu tout rentrait dans l'ordre. Les malades de cette catégorie exhalaient, pour la plupart, l'odeur *sui generis* des variolés.

La seconde forme de pustules a été de beaucoup la plus fréquente, puisque je l'ai observée chez 60 malades sur 97. Elle a affecté indistinctement des individus vaccinés ou non-vaccinés; mais, avec la même forme d'éruption, les symptômes généraux ont varié. Dans certains cas, outre la fièvre d'invasion, qui existait assez généralement, la période de suppuration s'est accompagnée, pendant toute sa durée, d'un état fébrile plus ou moins intense, et quelquefois de congestions vers les principaux organes. Dans d'autres cas, au contraire, la période de suppuration s'est passée sans fièvre : c'est à ces derniers cas seulement que j'ai donné le nom de *varioloïdes*.

Parmi les symptômes qui accompagnent ordinairement l'éruption variolique dans les différentes formes que je viens de décrire, l'angine a été constante : elle survenait ordinairement quelques jours après l'invasion. Il est diffi-

cile de dire si elle a toujours été déterminée par des pustules internes, du moins n'a-t-on vu ces pustules sur le voile du palais et sur la langue que dans 18 cas, et plusieurs fois on ne les a observées que quelques jours après l'apparition de l'angine; d'un autre côté, cette irritation de la gorge existait presque toujours aussi dans la varicelle, dans laquelle on n'a jamais pu découvrir de pustules internes.

Le ptyalisme, symptôme extrêmement incommode et pénible, a été observé neuf fois, sans que les malades eussent pris du mercure. L'intérieur de la bouche était alors rempli de pustules. Il n'est pas inutile de rappeler cette circonstance aux praticiens afin qu'ils n'usent du calomel qu'avec la plus grande précaution, la salivation pouvant survenir à la suite de doses très-faibles, comme nous en avons vu plusieurs exemples.

Les deux formes de variole, et même les varioloïdes, laissaient généralement, après la chute des croûtes, des traces à la peau. Ces traces étaient tantôt des taches rougeâtres ou brunes qui persistaient pendant plusieurs mois; d'autres fois, des dépressions superficielles; dans quelques cas, au contraire, des élévations, de véritables boutons, qui faisaient croire aux personnes qui voyaient ces individus pour la première fois, qu'ils étaient atteints d'une éruption particulière. Je n'ai trouvé aucun rapport constant entre la nature de ces traces et la forme de l'éruption variolique; cependant les dépressions se remarquaient plus généralement chez les individus qui avaient été affectés de variole vraie, tandis que les élévations à la surface de la peau se rencontraient plutôt sur les sujets chez lesquels on avait observé la seconde forme de pustules.

Un assez grand nombre de malades furent affectés, après

la chute des croûtes, de furoncles et d'abcès en différentes parties du corps.

En résumant les principaux symptômes que nous venons de détailler, pour les rattacher aux trois formes d'éruption variolique, admises par les auteurs, nous voyons que sur nos 97 malades, 15 ont été affectés de variole vraie, 20 de varioloïde (éruption variolique sans fièvre de suppuration), et 22 de varicelle [1]. Il reste donc 40 malades, qui n'ont offert ni les symptômes de la variole vraie, puisque les pustules n'en avaient pas le caractère, puisque les malades n'exhalaient pas l'odeur particulière aux variolés, et que la durée des périodes n'avait rien de constant; ni les symptômes de la varioloïde; car, quoique les pustules globuleuses et perlées soient plus particulièrement propres à cette forme, cependant on lui donne aussi pour caractères : l'absence de la fièvre secondaire, la durée moins longue de la maladie, l'absence de cicatrices. Or, dans les cas dont nous parlons, nous avons vu la fièvre secondaire être quelquefois très-forte, la maladie durer trois ou quatre septénaires, et la chute des croûtes laisser des traces apparentes. L'existence de la fièvre nous empêche aussi de regarder ces cas comme des varioles bâtardes. Nous pensons donc qu'ils constituent une variété de la variole proprement dite, ou, si l'on veut, une *variole modifiée.* Nous avons remarqué que cette forme affectait souvent les individus vaccinés, tandis que la vraie variole se développait très-rarement chez ces derniers.

Je terminerai cette notice par quelques observations prises dans chacune des formes dont j'ai parlé.

[1] Je n'ai pas parlé de ces cas dans le cours de ce travail, parce qu'ils n'ont rien présenté de particulier.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Variole vraie, confluente. Mort le huitième jour. Taches pétéchiales sur le cœur et sur les poumons.

Jean Wendling, vingt et un ans, ouvrier, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, vacciné à un an, fut affecté, à l'âge de quatre ans, d'une variole intense, confluente, qui laissa des traces larges et profondes sur tout le corps, et principalement sur les cuisses.

Le 18 mai 1833, à la suite de boissons froides, prises pendant que le corps était en transpiration, il fut saisi d'une bronchite aiguë, et ressentit en même temps les prodromes de la variole : Céphalalgie, vomissemens, soif; frissons, alternant avec de la chaleur; membres brisés. L'éruption apparut le 20, et le malade entra à l'hôpital le 23, quatrième jour.

Toute la surface du corps, à l'exception de la plante des pieds et de la paume des mains, était couverte de pustules nombreuses, serrées et même confluentes à la face; pustules tout-à-fait plates, grisâtres; tuméfaction considérable de la face; fièvre intense; lèvres sèches; langue et arrière-gorge couvertes de pustules blanches; déglutition difficile; aphonie; ptyalisme abondant; toux violente; ventre libre (infusion pectorale et potion gommeuse). — Pendant la nuit, délire, jactitation.

Le 24 (cinquième jour). Pustules plus élevées; peau livide entre les pustules; large ecchymose sur la cuisse droite; agitation continuelle, etc. (potion camphrée). — Délire pendant toute la nuit.

Le 25 (sixième jour). Le délire cesse vers le matin; les pustules se remplissent lentement; extrémités inférieures

d'un bleu violet; pouls fréquent, mais moins développé que les jours précédens; lèvres, dents et langue couvertes d'un enduit brunâtre; déglutition presque impossible. Selle volontaire. (Potion camphrée; vésicatoires aux mollets.)

Le 26 (septième jour). Le délire, qui a duré toute la nuit, continue encore ce matin; respiration anxieuse, bruyante; toux, expectoration sanguinolente. Les pustules sont stationnaires (potion avec l'acide sulfurique; vésicatoire sur la poitrine). — Cet état dure toute la nuit.

Le 27 (huitième jour). Le malade est dans le même état que la veille; étendu sur le dos, la tête renversée en arrière, il n'a aucune connaissance de ce qui se passe autour de lui; les pustules sont affaissées, et offrent à la face un commencement de dessiccation; la respiration courte, stertoreuse, devient de plus en plus fréquente et embarrassée; le malade expire à dix heures du matin.

Autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort: Corps entièrement couvert de pustules en suppuration, offrant partout une dépression ombilicale; tissu musculaire d'un rouge foncé. Enveloppes du cerveau à l'état normal; substance cérébrale piquetée de points rouges (cerveau sablé). Muqueuse du larynx, de la trachée-artère et des bronches enflammée, recouverte d'une pellicule jaunâtre, molle, facile à enlever: cet état de la muqueuse disparaît peu à peu dans les dernières ramifications des bronches. Poumon droit légèrement adhérent, couvert de larges plaques bleuâtres, semblables à des ecchymoses; son tissu est gorgé de sang, et présente les deux premiers degrés de la pneumonie: son lobe inférieur est totalement hépatisé; poumon gauche sain. Péricarde sain; cœur offrant de nombreuses taches pétéchiales; oreillette gauche remplie d'un sang noir, liquide; ventricule droit conte-

nant une petite quantité de sang spumeux et comme mélangé d'air. Muqueuse pharyngienne livide, tissu cellulaire sous-muqueux gorgé de sang; muqueuse stomacale un peu rosée : le reste normal. Foie hypertrophié, plus dense qu'à l'ordinaire; rate également plus dense, offrant un appendice (rate surnuméraire); glandes mésentériques rouges, engorgées; organes génito-urinaires sains.

J'ai rapporté cette observation pour faire voir la funeste affinité que le virus variolique semble avoir pour certaines constitutions. En admettant même que la vaccination, pratiquée sur cet individu à l'âge d'un an, ait été inefficace, il n'en est pas moins vrai que cet homme semblait devoir être préservé, pour le reste de ses jours, par la variole intense dont il fut atteint à l'âge de quatre ans, variole qui avait laissé des cicatrices très-apparentes. Que dire après cela des raisonnemens de ceux qui rejettent la vaccine, sous le vain prétexte qu'elle ne préserve pas toujours, quand on voit la variole elle-même récidiver, au bout de dix-sept ans; et avec une intensité telle qu'elle coûte la vie au malade? Ce cas est une exception malheureuse et une exception très-rare; il ne peut diminuer en rien la juste confiance que l'on accorde à la vaccine, l'un des plus grands bienfaits de la médecine moderne. Je ne parlerai pas de la pneumonie qui a été méconnue; je doute qu'un traitement plus rationnel, dirigé contre cette complication dangereuse, eût pu sauver le malade; et je suis porté à attribuer la mort plutôt à l'altération générale des humeurs qu'à la pneumonie. Cependant on n'en doit pas moins regretter qu'on se soit borné à observer l'affection générale, sans chercher à reconnaître la nature de la lésion des poumons.

6 *

L'état de décomposition du sang, caractérisé par des taches pétéchiales, ou même par des ecchymoses, quelquefois très-étendues, est un phénomène qui mérite toute notre attention, et qui constitue, suivant nous, une des complications les plus graves de la variole. Ici, les pétéchies et les ecchymoses recouvraient le cœur et les poumons; dans l'observation qui va suivre, nous verrons des suffusions sanguines bien plus nombreuses et plus étendues. Cette altération du sang est-elle due à l'intensité d'action du virus variolique, ou se fait-elle sous l'influence d'autres causes qui nous sont encore inconnues? Je pense qu'il faut admettre ces deux ordres de causes, mais que le virus variolique joue le premier et le principal rôle dans cette viciation générale du fluide sanguin.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Variole vraie, confluente, avec pétéchies. Fièvre putride. Marche rapide. Mort le sixième jour. Nombreuses pétéchies externes et internes.

Guillaume Schwab, âgé de onze ans, vacciné, d'après le dire de sa mère, mais n'offrant aucune trace de vaccine, fut pris, le 19 février 1833, des prodromes de la variole (céphalalgie, douleur des membres, angine, symptômes gastriques). Le 21, éruption générale de pustules nombreuses, très-rapprochées; en même temps, apparition de pétéchies sur les membres. Entré à l'hôpital le 23 février, troisième jour de l'éruption, il présentait les symptômes suivans: Pustules très-nombreuses, serrées, acuminées, entremêlées de pétéchies, surtout aux extrémités inférieures; face tuméfiée, rouge, offrant aussi quelques pétéchies. Lèvres arides; langue sèche, brune; soif vive;

angine, dyspnée, céphalalgie intense; état fébrile. Délire le soir et la nuit; selles liquides, noires, très-fétides (décoction de quinquina acidulée; infusion de tilleul; sinapismes). Pendant la journée, plusieurs selles fétides; exacerbation très-forte vers le soir; délire violent, qui dure toute la nuit.

Le 24 (quatrième jour). La langue, les gencives et les lèvres sont couvertes d'un enduit brun foncé, ressemblant à du sirop de mélasse. Respiration courte, haletante, très-pénible; pouls très-fréquent, face rouge; le délire a cessé, et le malade semble avoir recouvré l'usage de ses sens. L'éruption est tout-à-fait stationnaire. (Mêmes prescriptions que la veille.)

Quelques heures après la visite, la dyspnée devint extrême; tous les symptômes s'aggravèrent, et la mort survint à une heure après midi.

Autopsie, vingt-sept heures après la mort: Toute la surface cutanée parsemée de pétéchies; paupière inférieure droite ecchymosée; pustules varioliques partout confluentes, plates; lèvres et gencives recouvertes d'un enduit brun, épais. De petites taches pétéchiales sont clairsemées sur les deux poumons; mais ces taches sont surtout apparentes sur le cœur, et principalement sur le ventricule gauche: ce ventricule en est entièrement marqueté; hypertrophie concentrique de ce même ventricule; cavités du cœur remplies d'un sang fluide, spumeux. Poumons sains; muqueuse trachéenne n'offrant aucune altération. L'œsophage présente une longue suffusion, commençant au milieu de ce canal et s'étendant jusque dans l'estomac; tissu cellulaire sous-muqueux de l'estomac, infiltré d'un sang noir, ce qui donne extérieurement à ce viscère un aspect marbré. Outre ces sugillations, on aperçoit un grand

nombre de taches pétéchiales. La muqueuse n'est nullement ramollie; mais elle est recouverte d'un mucus visqueux, d'un brun noirâtre; point d'ecchymoses ni de pétéchies dans le canal intestinal; mais développement considérable des glandes de Brunner, lesquelles ont atteint le volume d'une grosse tête d'épingle. Ulcération superficielle d'une plaque de Peyer, près de la valvule iléocœcale; glandes mésentériques engorgées, noires; foie sain, ainsi que la rate; muqueuse vésicale à l'état normal. Rien de particulier dans le cerveau ni dans ses membranes, si ce n'est que les vaisseaux de la pie-mère sont plus remplis de sang qu'à l'ordinaire.

Il est rare de voir une fièvre maligne marcher avec autant de rapidité : Quatre jours depuis l'éruption, et six jours depuis l'invasion des premiers prodromes, ont suffi pour enlever le malade. Il y a eu, dans ce cas, une altération si rapide et si profonde du sang, que ce liquide semble réellement avoir subi l'influence d'un poison sceptique. Ce cas est un de ceux dans lesquels il est impossible de trouver la cause de la mort ailleurs que dans l'altération du sang. En effet, ni le cerveau, ni les poumons n'ont offert de lésions assez remarquables pour qu'on puisse raisonnablement leur attribuer la mort du malade. Les pétéchies, les ecchymoses, les nombreuses suffusions sanguines trouvées dans le tissu cellulaire sous-cutané, sous-muqueux et sous-séreux, attestent suffisamment la viciation des humeurs, et par suite leur influence délétère sur les sources de la vie. Les bulles d'air mêlées au sang du cœur, et dont nous avons vu un exemple dans le cas précédent, paraissent être l'effet d'un commencement de décomposition, quoiqu'il ne se manifestât encore extérieu-

rément aucun signe de putréfaction. Nous ferons encore remarquer le développement des glandes de Brunner, phénomène qu'on observe si fréquemment dans les autopsies des cholériques. On est conduit à se demander quel rapport de causalité existe entre le développement de ces glandes et les symptômes de la maladie; est-ce un effet de la variole ou de la fièvre putride? Cette éruption interne est-elle constante, et quelles sont les circonstances dans lesquelles on la rencontre? La solution de ces questions ne pourrait-elle pas jeter du jour sur la nature, encore tant contestée, du choléra asiatique, qu'un certain nombre de médecins regardent, avec raison peut-être, comme dû à une altération du sang?

TROISIÈME OBSERVATION.

Variole vraie, confluente; fièvre adynamique. Mort.

Fréderic Siegrist, âgé de neuf ans, non-vacciné, mais ayant déjà eu trois fois la petite-vérole (?), d'après ce que nous dit sa mère, fut pris, le 5 août 1833, des prodromes de la variole (douleurs des membres, céphalalgie, vomissemens). Ces prodromes durèrent deux jours.

Le 7, éruption générale de petits boutons rouges, entremêlés de pétéchies; état fébrile. Le malade entre à l'hôpital le 8, au soir.

Le 9 (troisième jour). Boutons petits, acuminés, nombreux, très-rouges, et ressemblant assez aux boutons de la rougeole; un petit nombre de pétéchies aux membres inférieurs seulement. Fièvre modérée; il y a eu du délire pendant la nuit, mais dans ce moment la tête est libre. Langue humide, enduite d'un mucus épais, d'un jaune brun; lèvres sèches, couvèrtes de croûtes brunes; soif. Il

a eu, hier, une selle liquide, fétide. L'abdomen est souple et indolent (potion gommeuse, avec un scrupule d'élixir acide de Haller; infusion de tilleul, avec 2 onces d'acétate d'ammoniaque pour boisson; sinapismes; lavemens émolliens). — Journée tranquille; nuit agitée; subdélires; une selle consistante.

Le 10 (quatrième jour). Les boutons ont pris le caractère de pustules varioliques; ils sont petits, déprimés, ombiliqués, très-serrés. La langue et le voile du palais sont couverts de pustules blanches. Tous les symptômes d'hier persistent au même degré. (Même traitement.)

Le cinquième jour se passa de même; il n'y eut pas de délire.

Le sixième jour : Nuit tranquille; les pustules commencent à suppurer, mais elles restent plates, ombiliquées; tuméfaction et rougeur considérables de la peau, surtout de la face; fièvre violente. Selles naturelles à la suite des lavemens. (Même traitement.)

Le septième jour : La suppuration est complète; plusieurs pustules ont une teinte bleuâtre; les pétéchies persistent. Cependant l'état général est meilleur, le pouls très-peu fréquent, la chaleur presque normale, les selles naturelles. Depuis ce matin, il existe de la toux. (Même traitement.)

Le huitième jour : Nuit agitée; délire. Selles de nouveau liquides et fétides; aphonie; toux, avec râle bronchique; chaleur sèche, intense; pouls déprimé, sans fréquence. Plusieurs pustules sont entièrement noires. (Décoction de quinquina acidulée; même boisson; sinapismes; lavemens émolliens.)

Le neuvième jour : Nuit tranquille; déglutition plus facile; tendance à l'adynamie moins prononcée; 1 selle.

Commencement de dessiccation à la face; douleurs produites par la tension de la peau.

Les dixième et onzième jours : Respiration très-gênée; pouls petit et fréquent; diarrhée, selles involontaires. Le malade ne donne point de réponse, quoiqu'il soit à lui; on ne parvient qu'avec peine à lui faire prendre ses médicamens.

Le 18 (douzième jour). Nuit mauvaise, agitation continuelle; respiration haletante; aphonie complète; déglutition impossible; quelques gouttes de liquide déterminent une toux convulsive. Pendant la journée, 6 selles liquides, jaunâtres, involontaires. Le malade témoigne par signes qu'il souffre du ventre; celui-ci n'est ni dur, ni tendu, mais douloureux à la pression. Pouls petit, presque imperceptible. Pustules des membres livides, plates (cataplasmes laudanisés sur le ventre; lavemens; sinapismes). Augmentation des symptômes vers le soir; menaces de suffocation (sinapisme sur la poitrine). Adynamie de plus en plus grande. Mort le 19, treizième jour, à huit heures du matin.

Autopsie, vingt-cinq heures après la mort : Langue et pharynx recouverts d'un mucus épais, blanchâtre; on voit encore la trace de quelques pustules. Derrière la glotte, à la partie postérieure et supérieure du cartilage aryténoïde droit, se trouve une ulcération superficielle de 4 lignes de longueur sur 3 de largeur; l'intérieur de la glotte présente une entière destruction des muscles thyro-aryténoïdiens : une petite quantité de pus se trouve dans cette région; l'épiglotte est intacte; la muqueuse trachéenne est pâle, ainsi que celle de l'œsophage. Tube intestinal sain, à l'exception de quelques portions de l'intestin grêle qui sont légèrement arborisées; glandes de Brunner très-appa-

rentes, faisant saillie comme des grains de millet; veines caves et veines mésaraïques fortement distendues par un sang noir très-fluide. Poumon droit emphysémateux, adhérent, par son lobe supérieur, à la plèvre costale: les portions du poumon, voisines de ces adhérences, sont un peu engorgées. Poumon gauche normal, ainsi que le cœur; les veines coronaires sont distendues par le sang et comme injectées. Ventricule gauche vide, pâle; ventricule droit renfermant un peu de sang liquide. Les autres organes sains.

Chez l'enfant qui fait le sujet de cette observation, la maladie a marché avec lenteur, et l'on a pu même un instant espérer faire cesser cette funeste tendance à l'adynamie, d'autant plus qu'on était déjà parvenu au neuvième jour, et que la dessiccation avait commencé. Cependant, l'amélioration n'était sans doute qu'apparente; les symptômes fâcheux reprirent le dessus le dixième jour, et dès-lors on put facilement s'apercevoir que la maladie était au-dessus des ressources de l'art.

Les lésions trouvées à l'autopsie diffèrent surtout du cas précédent par une altération moins profonde du sang; ce qui explique pourquoi le malade a résisté plus long-temps. Mais nous retrouvons encore le développement des glandes de Brunner, quoique d'une manière moins apparente. Enfin, nous voyons une ulcération profonde au larynx, phénomène qui n'est pas rare chez les variolés, et qui cependant n'existait pas chez les deux autres malades.

A ces trois observations de variole vraie, avec complication de fièvre putride, nous en ajouterons une quatrième, exempte de cette complication, et terminée par la guérison.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Variole vraie, en partie confluente au visage; point de complications. Guérison.

Barbe Brust, âgée de dix-sept ans, non-vaccinée, tomba malade le 13 juin 1833. Après deux jours de prodromes (céphalalgie, vomissemens, etc.), l'éruption se déclara: Pustules nombreuses, petites, rouges, peu élevées, très-serrées à la face, moins aux membres; l'éruption *a commencé par les mains.* Langue sèche, chargée; angine; fièvre; peau humide; ventre libre. La malade entre à l'hôpital le 17.

Le 18 (quatrième jour). Agitation la nuit; angine plus forte, déglutition très-pénible; douleur des gencives et de toutes les parties de la bouche. Des pustules nombreuses recouvrent l'intérieur de cette cavité, ainsi que le voile du palais. (Infusion de tilleul.)

Le cinquième jour: Persistance des symptômes de la veille; douleurs très-vives de la gorge. Face vultueuse, pustules de cette région très-petites, plates, ombiliquées, confluentes; pustules des membres discrètes, arrondies, ombiliquées, variables pour la grosseur, les unes étant comme des grains de millet, les autres comme des lentilles. Ces pustules sont en très-petit nombre aux jambes. Pouls lent, mais développé.

Le sixième jour: Commencement de suppuration à la face; pouls fréquent, soif, chaleur brûlante de la peau.

Le septième jour: Pleine suppuration; face extrêmement tuméfiée; blépharophthalmie, abondante sécrétion des larmes; paupières fermées et agglutinées; angine toujours très-intense; ptyalisme. Fièvre violente, constipa-

tion. Les pustules restent plates, et conservent, pour la plupart, leur dépression centrale. La malade exhale l'odeur caractéristique de la variole. (Lavemens émolliens.)

Ces symptômes persistent les huitième et neuvième jours. On n'obtient des selles qu'à l'aide de lavemens purgatifs.

Le dixième jour : Nuit calme; sommeil. Commencement de dessiccation à la face : celle-ci est moins tuméfiée. Cessation de l'angine, diminution de la fièvre. Deux selles.

Le douzième jour : Toutes les pustules de la face se dessèchent, tandis que celles des membres sont encore en suppuration. La bouche et le voile du palais sont encore farcis de pustules, cependant le ptyalisme a presque cessé.

Le quinzième jour : Les croûtes de la face sont en grande partie tombées ; les pustules des extrémités supérieures se dessèchent, celles des extrémités inférieures sont encore pleines.

Le 1er juillet (dix-septième jour). Il n'existe plus que quelques croûtes à la face; elles sont toutes tombées aux bras; les pieds, au contraire, en offrent encore plusieurs en suppuration.

La chute totale des croûtes ne fut terminée que le 12 juillet, vingt-huitième jour. Les pustules laissèrent des taches brunes et des dépressions profondes.

Le 14, se développèrent de petits abcès aux fesses et aux pieds, qui durèrent plus d'une semaine.

On ne peut nier que ce cas ne soit une variole véritable : la forme des pustules et l'intensité de la fièvre de suppuration le prouvent assez. Cependant remarquons les différences qu'elle a présentées dans sa marche et dans sa durée. L'éruption a commencé par les mains, ce qui n'a lieu ordinairement que dans les cas de varioloïde. La première

période a duré cinq jours, la seconde quatre, ce qui est conforme à ce qu'on observe généralement; mais la dessiccation a marché avec une lenteur extrême, puisqu'elle a duré dix-huit jours. Cette dessiccation a été successive: elle était terminée à la face avant qu'elle eût commencé aux membres supérieurs; le même rapport a existé entre ceux-ci et les membres inférieurs, au point que le dix-septième jour, il y avait encore des pustules en suppuration aux pieds, tandis que la chute des croûtes était à peu près terminée sur tout le reste du corps.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Variole modifiée.

Caroline Zaberer, âgée de vingt ans, non-vaccinée, entra, à l'hôpital, le 6 avril 1833, quatrième jour depuis l'éruption. Elle avait eu, pendant deux jours, les prodromes ordinaires de la variole; l'éruption avait été accompagnée de fièvre violente, avec congestions vers la tête. Cet état fébrile diminua dès le troisième jour.

A son entrée à l'hôpital, cette fille se plaignait de céphalalgie, d'angine, de constipation, et d'un ptyalisme très-abondant, quoiqu'elle n'eût pris aucune préparation mercurielle. Pustules extrêmement nombreuses, petites, arrondies, serrées les unes contre les autres; pustules sur la langue et sur les parois de la bouche et du pharynx. Pas de fièvre.

Le cinquième jour: Fièvre légère; les pustules sont plus développées qu'hier, et commencent à suppurer. Constipation. (Lavemens émolliens.)

Le sixième jour: Fièvre intense, agitation continuelle, insomnie, douleur des membres, tension considérable de

la peau qui est le siége d'une ardeur cuisante. Constipation. (Émulsion nitrée; lavemens.)

Le septième jour : L'état fébrile, après avoir duré toute la nuit, diminue vers le matin; la malade a eu deux selles. Pustules très-grosses, pleines, globuleuses, d'un aspect perlé.

Le huitième jour : La fièvre cesse entièrement; la maladie suit son cours ordinaire.

Le dixième jour, commence la dessiccation, qui dure huit jours; la chute des croûtes laisse des traces brunâtres, sans dépressions ni élévations à la peau.

Je n'ai rapporté cette observation que pour donner un exemple de variole modifiée, forme qui diffère évidemment des descriptions de la variole ordinaire. La fille Zaberer n'avait pas été vaccinée; mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, cette même forme a aussi affecté beaucoup de personnes vaccinées, ou qui avaient eu la petite-vérole dans leur enfance.

L'observation suivante est un exemple de varioloïde; on verra qu'elle ne diffère de la précédente que par l'absence de la fièvre secondaire.

SIXIÈME OBSERVATION.

Varioloïde.

Catherine Felden, âgée de vingt-deux ans, vaccinée. Après trois jours de prodromes très-intenses, l'éruption se manifesta le 18 août 1833, au soir, et commença par *les bras.*

Le 20 (troisième jour), elle entra à l'hôpital. Pustules nombreuses à la face, moins nombreuses aux bras, très-

rares aux extrémités inférieures. Les pustules sont petites, rondes, élevées, rouges. Fièvre modérée. Angine, qui existe depuis le premier jour des prodromes; embarras gastrique; constipation. (Quatre grains de calomel, avec jalap et magnésie; infusion de tilleul.)

Quatrième jour : Commencement de suppuration; pustules plus élevées, plus grosses; une selle; pas de fièvre.

Cinquième jour : Plus d'angine; pustules rondes, bombées, perlées; céphalalgie, mais pas de fièvre.

Sixième jour : La suppuration continue; les pustules des membres sont plus grosses que celles de la face.

Septième jour : Commencement de dessiccation à la face.

Dixième jour : La dessiccation commence sur les mains et sur les bras.

Dix-huitième jour : Toutes les croûtes sont tombées; les pustules ont laissé des traces apparentes sous la forme de points rouges, élevés au-dessus de la peau.



BIBLIOGRAPHIE ALLEMANDE.

Du tartre stibié à haute dose; par M. le docteur Bartels, de Schwerin.

L'utilité du tartre stibié à haute dose, dans les différentes formes d'inflammation des voies aériennes, n'est pas encore assez généralement reconnue, son action, presque spécifique dans certains cas, que nous tâcherons de déterminer, trop souvent contestée, pour que nous ne nous empressions pas de faire connaître les résultats pratiques que vient de publier à ce sujet M. le docteur Bartels, médecin distingué de Schwerin. On verra que, manié avec tact et par des mains habiles, le tartre stibié peut rendre tous les services que disent en avoir retiré les auteurs qui l'ont préconisé les premiers.

En tête des affections où ce médicament, administré à haute dose, s'est montré efficace, M. Bartels place également les maladies inflammatoires de la plèvre, des poumons et du canal aérien; mais il le vante surtout dans l'espèce de pleurésie, qu'il appelle *rhumatismale,* qui, à côté des phénomènes inflammatoires, se caractérise encore par des symptômes gastriques et bilieux plus ou moins prononcés.

L'auteur administre le tartre stibié ainsi qu'il suit:

Quand le mal est à son début, quand le sujet est faible, d'un âge avancé, lorsque l'inflammation présente un ca-

ractère moins franc, moins prononcé, chez les individus mous, efféminés, il débute ordinairement par ce médicament, sans autre préparation; et il n'est pas rare que les malades guérissent sous sa seule influence, et très-rapidement. S'il reste de l'oppression, de la douleur dans des inspirations profondes, un vésicatoire sur le thorax achèvera la guérison.

Chez les sujets robustes, sanguins, dans les affections où le caractère inflammatoire prédomine et est porté à un très-haut degré d'intensité, quand la respiration est pénible, qu'elle s'accompagne d'une douleur fixe, profonde, d'une violente toux, d'une expectoration difficile, mêlée de stries de sang ou tout-à-fait sanguinolente, M. Bartels commence par une large saignée du bras; le tartre stibié agit alors avec plus d'efficacité: jamais l'auteur n'a eu besoin de recourir à une *seconde* émission sanguine.

Dans l'inflammation parenchymateuse des poumons, le tartre stibié seul réussit moins bien, que dans la pleurésie; les saignées doivent être plus souvent instituées, et on recourt avec avantage, selon l'indication, au nitre, à la digitale, au calomel, surtout chez les individus forts et pléthoriques.

Mais le tartre stibié ne saurait être remplacé par aucun autre médicament, quand le mal s'est montré rebelle, ou qu'il a été négligé dans le principe, quand les phénomènes inflammatoires se sont en quelque sorte effacés pour faire place à un état de faiblesse, quand la douleur s'est changée en un sentiment d'oppression et d'anxiété, quand l'expectoration critique tarde à s'établir, que les forces tombent et que la fièvre continue; « alors, dit M. le docteur Bartels, le tartre stibié a souvent fait merveille;

j'ai vu fréquemment, dès les trois à quatre premières cuillerées, survenir un soulagement marqué, les crachats se détacher, la toux devenir plus facile, la langue s'humecter, les complications gastriques s'éloigner ou s'amender considérablement. »

L'auteur a souvent employé aussi avec avantage le tartre stibié dans le catarrhe pulmonaire, dans des cas où on aurait été tenté peut-être de recourir d'abord à la saignée; il lui a également réussi dans le catarrhe pulmonaire chronique, dans la phthisie pituiteuse et même ulcéreuse, quand il se manifestait des inflammations intercurrentes, et dans les cas où l'état de faiblesse des malades ne permettait plus de songer à la saignée. L'émétique à haute dose convient surtout ici chez les personnes âgées, et dans le cours d'affections qui se sont développées lentement. Chez les sujets jeunes, frêles, irritables, dont le canal intestinal souffre le plus souvent sympathiquement, dans la phthisie floride, par conséquent, il n'est que rarement ou jamais bien supporté.

M. Bartels loue encore les bons effets du tartre stibié dans toutes les espèces d'inflammation des voies aériennes, chez les enfans aussi bien que chez les adultes, et particulièrement dans le croup. Quand on a à traiter cette maladie assez à temps, le tartre stibié doit être administré d'abord comme vomitif, et on lui associe alors avec avantage l'ipécacuanha; plus tard on le donne dans un autre but, et à doses plus éloignées; une application de sangsues faite auparavant, ou presque simultanément, pourra être de quelque utilité. Au moyen de ce traitement, on pourra se passer du calomel, du vésicatoire, de l'alun insufflé, des affusions froides, etc. Si la maladie est très-avancée, si des exsudations plastiques se sont déjà for-

mées, le tartre stibié restera inefficace, de même que tous les autres remèdes; dans le cas rare, à la vérité, où il purgerait fortement au commencement, il faudrait le remplacer par l'ammoniac, le nitre et des vomitifs répétés, composés d'ipécacuanha.

Les effets du tartre stibié à haute dose se font, en général, le plus promptement et le plus efficacement sentir, quand, dès les premières cuillerées, il ne provoque que de simples nausées, et même quelques selles pas trop liquides, et agit davantage sur la peau et les reins. Cependant, M. Bartels a observé que, lors même qu'on a été obligé d'en suspendre l'administration, après les cinq ou six premières cuillerées, parce qu'il a provoqué des selles ou des vomissemens surabondans, il a néanmoins produit un commencement d'amélioration dans la douleur et l'inflammation.

On donne le tartre stibié jusqu'à la cessation des phénomènes les plus marquans; ou bien on est averti d'en arrêter l'administration par un état de *supersaturation* de l'organisme; il provoque alors des vomissemens et surtout des évacuations alvines qui vont toujours en augmentant. Ce point de supersaturation ne se laisse point déterminer *à priori* et d'une manière absolue.

Chez un grand nombre de malades, surtout chez les pleurétiques, il ne s'établit pas, ou seulement quand la maladie a été domptée; chez d'autres il se montre avant; chez d'autres encore, chez les sujets irritables, il se manifeste dès les premières cuillerées. Il est donc indispensable que le médecin puisse visiter souvent ses malades.

Après que le tartre stibié a produit son effet, il ne faut pas tourmenter le malade par l'administration immédiate de nouveaux médicamens; ce n'est que plus tard qu'on

aura recours aux moyens ordinairement usités dans le traitement final des affections de poitrine.

L'auteur fait la remarque, que, lorsqu'une fois il y avait intolérance, quand même on diminuait les doses du médicament, les vomissemens et les évacuations ne cessaient pas, et qu'il fallait entièrement en interrompre l'administration ; M. Bartels rappelle aussi que l'émétique provoque plus facilement les vomissemens, lorsqu'il est donné à doses petites, et répétées à peu de distance, et quand il y a chez le malade un état gastrique avec turgescence bilieuse ou saburrale vers le haut, et quand on fait boire, après, une grande quantité d'eau tiède.

M. Bartels choisit, pour administrer l'émétique à haute dose, la formule suivante :

R. Tartr. stibiat., gr. vj — xij;
Aq. distillat., ℥v;
Syrup. Rub. Id.
Vel Amygdalar., ℥j;
Aq. lauro-ceras., ʒß — j;
Vel Extract. Hyosc., gr. vj — x;
Vel Extract. Bellad., gr. iij — vj.
M. D. S.

Il en fait prendre, aux adultes, une cuillerée à bouche; aux enfans, une, deux cuillerées à café, jusqu'à une cuillerée à bouche, toutes les deux heures. Pour les derniers, il prescrit nécessairement les narcotiques à une moins forte dose; pour boisson, de l'eau panée ou sucrée, dégourdie, une décoction légèrement mucilagineuse : jamais de boisson tiède, ni en grande quantité.

L'auteur recommande encore les prescriptions de Pes-

chier, qui porte l'émétique à la dose de 15 grains dans les vingt-quatre heures, en y associant le nitre, l'éther nitrique, l'éther acétique, la teinture d'opium, etc., de Tomassini, qui l'administre de la manière suivante :

R. Tartr. stib., gr. vj — viij;
Aq. distill., ℥iij.
M. S.

Toutes les heures, une cuillerée à bouche dans une tasse de

Decoct. hord., ℔ij;
Kali nitr., ʒj;
Mel. despum., ʒij.
M. S.

Il désapprouve, au contraire, la méthode de Steffen, qui, à une faible solution de tartre stibié, ajoute encore du sulfate de magnésie, et provoque ainsi un effet purgatif, qu'il est cependant si important d'éviter.

M. Bartels a essayé aussi l'émétique, à haute dose, dans les paralysies, surtout dans l'hémiplégie à la suite d'apoplexie; mais il a été obligé d'y renoncer; il obtenait, il est vrai, quelque résultat au commencement; mais dès que la tolérance, qui, pour le dire en passant, est très-grande, chez ces malades, disparaissait, les effets du médicament cessaient avec elle. Il l'a trouvé bien plus efficace dans la *manie* et le *delirium tremens* des buveurs, chez lesquels il l'emploie en même temps sous forme de frictions à la nuque et sur les épaules, en y associant les fomentations froides sur la tête. Cette manière de traiter le *delirium tremens* lui a rendu de si bons services, qu'il a maintenant renoncé à l'emploi de l'opium, dont les effets

secondaires ne sont pas toujours sans danger, surtout chez les individus sujets aux congestions sanguines vers la tête. Quand, dans cette maladie, le tartre stibié est bien supporté, lors même qu'il provoquerait à la longue quelques selles ou vomissemens, quand l'éruption s'est convenablement développée, ce qui arrive ordinairement dans l'espace de trente-six, quarante-huit ou soixante-douze heures, le malade devient plus tranquille et tombe dans un sommeil critique. M. Bartels termine alors le traitement par les moyens ordinaires : *amers, teinture aromatique acide, acide sulfurique mêlé au vin, à l'eau-de-vie,* etc.

D'après quelques expériences, qui, toutefois, ont besoin d'être renouvelées, l'auteur croit pouvoir recommander le tartre stibié, de la même manière que dans le *delirium tremens,* dans les maladies mentales, là surtout où il s'agit d'abaisser promptement l'exaltation des forces vitales, et où il est nécessaire de provoquer une perturbation énergique du système nerveux.

Enfin, l'émétique, à haute dose, s'est encore montré efficace dans le rhumatisme aigu et chronique, dans la paralysie rhumatismale, mais surtout dans le premier et particulièrement dans le cas de complication gastrique.

M. Bartels n'a jamais observé d'effets secondaires nuisibles de l'administration du tartre stibié à haute dose. Il résume ainsi sa manière d'agir :

L'émétique, administré à doses élevées et éloignées,

1° Réveille l'activité des vaisseaux absorbans, principalement de ceux de la poitrine;

2° Favorise la libre circulation du sang;

3° Augmente la perspiration cutanée et la sécrétion des urines;

4° Arrivé à son point de *supersaturation,* il réagit sur

l'estomac et le canal intestinal, qui le rejettent, par des vomissemens et des évacuations alvines, de nature aqueuse, très-abondantes : *Il a perdu alors toute son action spéciale sur les vaisseaux absorbans en général, et sur ceux du poumon en particulier.*

Cette dernière proposition, entièrement contradictoire à l'opinion émise par M. le professeur Forget, dans son *Coup d'œil sur la clinique interne*, publié par M. le docteur Lévy[1], est une preuve nouvelle de la diversité des jugemens portés par les praticiens sur l'action du tartre stibié à haute dose. Il nous a donc paru intéressant de faire connaître un travail qui peut jeter une lumière nouvelle sur cette importante question, que, pour notre compte, nous croyons devoir être résolue dans le sens de l'opinion de M. Bartels.

Traitement de l'orchite par la compression; par M. le docteur Koch, de Munich.

La première idée d'un traitement méthodique de l'orchite, par la compression, appartient à M. Fricke, chirurgien en chef de l'hôpital de Hambourg. Ce médecin a publié, à ce sujet, dans le journal intitulé : *Zeitschrift für gesammte Medizin*, un travail extrêmement remarquable, que la *Gazette médicale de Paris*[2] a reproduit presque dans son entier. Nous empruntons à cette feuille la description que M. Fricke donne lui-même de sa méthode.

« Le malade s'appuie contre la muraille, ou bien il se

[1] *Archives médicales de Strasbourg;* t. III, p. 261 et 281.
[2] Tom. IV, n° 12.

couche sur le bord du lit, de manière à laisser pendre librement le scrotum, qui doit être préalablement rasé; le chirurgien saisit le scrotum d'une main, et sépare le testicule malade du sain; de l'autre main il tend un peu, de bas en haut, la peau qui recouvre l'organe affecté; si le testicule engorgé est très-gros, il le fait tenir ainsi séparé, par un aide; si le gonflement n'est pas considérable, toute assistance est inutile; on sépare de la même manière le cordon spermatique. On applique ensuite la première bandelette à l'endroit où on a séparé le cordon, en contournant circulairement ce dernier à un travers de pouce au-dessus du testicule; on place de même la seconde bandelette, en ayant soin de recouvrir la première, en tout ou en partie. L'application de ces deux tours de bande exige beaucoup de précaution; il faut qu'ils embrassent étroitement le cordon, afin que le testicule ne puisse pas remonter à travers, et glisser vers l'anneau inguinal, surtout quand on vient à le comprimer à son extrémité inférieure, ce qui rendrait l'opération non-seulement douloureuse, mais encore inutile, en forçant de la recommencer.

« Ces deux premières bandelettes bien fixées, on continue à en appliquer d'autres, de haut en bas, en se dirigeant vers la grosse extrémité du testicule; il faut toujours avoir soin que chaque tour circulaire recouvre le précédent dans le tiers de la largeur. Arrivé à l'endroit du plus grand diamètre du testicule, là où il diminue brusquement de circonférence, il n'est plus possible de continuer avec les bandes circulaires; le chirurgien saisit alors, avec la main gauche, l'endroit où sont appliqués les premiers tours, et jette les bandes dans le sens longitudinal de la tumeur, contournant le fond du testicule, et fixant en haut, vis-à-vis l'une de l'autre, les deux extrémités de la

bandelette. On en applique autant qu'il en faut pour recouvrir entièrement le testicule qui se trouve ainsi enfermé et comprimé dans des tours de bande circulaires, et d'autres qui vont de devant en arrière.

« Tout en ayant soin d'exercer une compression bien soutenue, il faut cependant, jusqu'à un certain point, en graduer l'intensité: la meilleure preuve que cette application aura été bien faite, c'est la cessation prompte des douleurs.

« Lorsque les deux testicules sont malades, et qu'ils doivent être comprimés en même temps, on commence d'abord par l'un, de la manière que nous venons d'indiquer; pour le second, comme il ne reste plus assez de place pour appliquer les bandes circulaires, on jette celles-ci autour des deux testicules, en se servant du premier comme d'un point d'appui; les bandelettes longitudinales d'avant en arrière s'appliquent comme pour un seul testicule.

« Si les bandelettes occasionnent quelques excoriations, on pratique de petites incisions que l'on recouvre de compresses d'eau de Goulard.

« Le renouvellement des bandelettes a lieu en raison de la diminution de la tumeur, et suivant la marche des autres symptômes. On ne doit, en général, les enlever que lorsqu'elles se sont relâchées, et quand on peut passer des ciseaux entre elles et le scrotum; on les coupe alors en plusieurs endroits pour éviter le plus possible de causer quelque douleur au malade. »

Après M. Fricke, M. Koch vient publier les résultats extrêmement favorables qu'il a obtenus par la méthode de compression; ils sont tels, dit-il, que ce mode de traite-

ment ne saurait être trop connu. L'effet principal de cette méthode résulte de la constriction exercée par le premier tour de bande circulaire sur le cordon spermatique : aussi faut-il avoir bien soin que son application se fasse d'une manière exacte et ferme ; l'afflux du sang dans le testicule engorgé est ainsi arrêté ; par cette même constriction, la peau du scrotum, un peu relevée et attirée vers le pubis, exerce déjà un commencement de compression sur le testicule qui y est retenu comme dans un suspensoir : aussi M. Koch a-t-il observé bien souvent que la douleur diminuait et disparaissait parfois, dès que la première bandelette était jetée autour du cordon spermatique, avant même que tout le testicule fût enveloppé.

L'auteur n'a jamais rencontré la moindre difficulté à appliquer ce bandage compressif, soit que le malade fût couché les jambes écartées, soit qu'il fût assis sur le bord du lit, ou qu'il eût le dos appuyé contre la muraille.

Les bandelettes dont on se sert, doivent être de toile et coupées à fil droit, de la largeur du pouce, et longues d'une aune.

La composition de l'emplâtre dont se sert M. le docteur Fricke est la suivante :

Emplastr. lethargyr., part. sex;
Colophan. pulver., part. unam.
Seorsim liquat. commisce.
F. emplastrum, cavendo ne nimis calore aduratur.

Si l'on n'a pas dans le moment, à sa disposition, l'emplâtre de M. Fricke, on peut en employer d'autres; mais il faut éviter qu'il y entre des substances irritantes. Dans les

cas où cette irritation serait à craindre, M. de Græfe a proposé de se servir de l'emplâtre de céruse, *emplastrum album coctum,* préparé depuis quelque temps.

Les différentes complications qui peuvent se rencontrer, ne sauraient, d'après l'expérience de M. Koch, contre-indiquer pendant long-temps l'application du bandage compressif. Après un vomitif ou un purgatif, s'il y a embarras gastrique, après des émissions sanguines, dans le cas de pléthore vasculaire, on pourra procéder incontinent à la compression, sans avoir égard à la fièvre.

Les avantages de la méthode de compression sur les autres modes de traitement de l'orchite sont, de pouvoir être suivie avec une égale facilité dans les hôpitaux et dans la pratique civile, de délivrer promptement et avec moins de douleur et d'embarras d'un mal fort douloureux et fort incommode, et de permettre au malade de vaquer à ses occupations les plus indispensables. Il est un point du pansement auquel M. Fricke n'a pas fait attention, ou que, du moins, il ne mentionne pas, et que M. Koch croit essentiel, c'est de ne pas oublier de jeter un dernier tour de bande circulaire par-dessus les extrémités des bandelettes longitudinales, qui sont ainsi mieux contenues, et plus solidement fixées. De cette manière aussi, la constriction du cordon spermatique est mieux assurée, et il devient impossible au testicule de s'échapper et de glisser vers l'anneau.

Heilung der Schusswunden durch Fettschwœntze (cauda ovis caudatæ, pelle denudata), *und gleichzeitiges Umwickeln der verwundeten Glieder mit frisch abgenommenen Hœuten irgend eines Thieres.* — *Nouveau moyen de guérir les plaies d'armes à feu, en introduisant une queue de mouton grasse dans le trajet de la plaie, et en enveloppant la partie blessée dans une peau fraîchement dépouillée;* par M. le docteur W. Jarotzki, chirurgien d'état-major de l'armée russe; traduit en allemand, par le docteur Sadler.

Dans les expéditions militaires que fait la Russie contre les peuplades au delà du Caucase, les chirurgiens manquent souvent des objets les plus nécessaires pour le pansement des blessures. M. Jarotzki cherchait, depuis longtemps, à remédier à un si grave inconvénient, lorsqu'un hasard, semblable à celui qui, jadis, avait servi Ambroise Paré, lui fit découvrir un moyen, à la fois simple et facile à employer.

Après un combat acharné, livré près du village de Himroch, il se trouva, parmi les blessés, deux hommes qui l'étaient plus grièvement que les autres. L'un avait reçu un coup de feu dans la hanche, l'autre à la région supérieure du bras, avec une hémorrhagie, considérable dans les deux cas. Comme le premier souffrait beaucoup, M. Jarotzki commença par le panser d'abord de la manière ordinaire; cependant le second perdait une grande quantité de sang; il était tard, les moyens de pansement accoutumé manquaient. Ainsi pris au dépourvu, le chirurgien or-

donna qu'on introduisît, provisoirement, dans la plaie, une queue de mouton grasse, et que l'on entourât le membre d'une peau, fraîchement dépouillée : il s'était rappelé que ce dernier moyen lui avait parfois réussi dans le rhumatisme et dans les inflammations du bas-ventre et de la poitrine : les parties sont ainsi exactement enveloppées, à l'abri de tout air frais, et comme plongées dans un bain chaud et humide. Après avoir achevé le pansement du premier blessé, M. Jarotzki voulut procéder à celui du second; mais il trouva ce dernier si tranquille dans son appareil provisoire, qu'il résolut de l'y laisser jusqu'au lendemain matin. Pendant la nuit, le malade qui avait été pansé régulièrement souffrit beaucoup, dormit peu, et fut pris, vers le matin, d'accidens nerveux; l'autre, au contraire, eut un bon sommeil, n'éprouva point de douleurs, et se trouva, le matin, dans un état beaucoup plus satisfaisant. Chez lui aussi, il se manifesta plutôt une suppuration louable.

Ce résultat inattendu engagea M. Jarotzki à tenter de nouvelles expériences, et il affirme que son nouveau mode de pansement lui a réussi dans un grand nombre de cas, même des plus graves, où il y avait déjà manifestement tendance à la gangrène; il cite surtout l'exemple d'un officier des Uhlans-Nijégorod, qui, blessé un peu au-dessus de l'ombilic, ne lui fut amené que le lendemain matin : les symptômes d'une entéro-péritonite commençaient déjà à se manifester. Une queue de mouton préparée fut introduite dans la plaie, et le corps enveloppé dans une peau toute fraîche; et déjà, vers midi, le ventre était devenu plus souple, le vomissement et les autres accidens s'étaient amendés. Quelque temps après, le malade était guéri.

D'après M. Jarotzki, l'action hémostatique de la queue de mouton serait purement mécanique, et serait due à sa structure bosselée, qui permettrait son application exacte sur tous les points du trajet sinueux et inégal d'une plaie d'arme à feu. Elle s'oppose ainsi avec quelque sûreté aux hémorrhagies consécutives.

La queue de mouton étant formée d'une graisse extrêmement délicate, loin d'exercer une pression irritante, agit d'une manière douce et calmante; il n'est pas impossible aussi qu'elle soit absorbée par les vaisseaux capillaires, et hâte ainsi la guérison de la plaie, en favorisant de bonne heure une suppuration louable.

On peut donc dire que l'emploi de ce moyen, combiné avec l'application des peaux fraîchement dépouillées, offre un mode de pansement, préférable aux cataplasmes et autres topiques émolliens, qui sont d'un usage presque toujours impraticable en temps de guerre; il présente, en outre, l'avantage d'être à la portée de l'aide le moins exercé. Il n'est pas de camp, ajoute le chirurgien russe, où l'on n'abatte journellement un grand nombre de bestiaux, et où, par conséquent, on ne puisse se procurer facilement des peaux fraîchement dépouillées. Quant aux queues de mouton, il recommande d'en faire des provisions dans les temps de paix. On les prépare alors de la manière suivante: On en enlève la peau, puis on les désosse; on expose ensuite à l'ombre, et dans un endroit aéré, la masse graisseuse, qui, au bout d'une ou de deux semaines, prend la consistance d'une cire molle et facile à manier; de sorte qu'avec les doigts, ou à l'aide d'un couteau, on peut lui donner telle forme qu'on juge convenable.

Le docteur Sadler, auquel nous devons la traduction allemande de ce petit Mémoire, pense que ce mode de

pansement proposé par le chirurgien russe, ne doit pas être rejeté sans examen et sans nouvelle expérimentation; c'est dans les armées surtout qu'il pourra être d'un grand avantage. L'usage des peaux, fraîchement dépouillées, autour des parties blessées, pourra être introduit dans la médecine militaire de tous les pays; et pour ce qui regarde l'emploi, plus remarquable encore, des queues de mouton, il devra être restreint à certaines localités. Ainsi, M. Sadler croit qu'il pourrait être adopté en Afrique, soit dans l'armée française, soit parmi les troupes du pacha d'Égypte, avec le même succès qu'il l'est aujourd'hui par les Russes dans leurs campagnes contre les peuplades nomades du Caucase. Mais ce topique, très-approprié par sa forme au trajet sinueux et contus des plaies par armes à feu, ne serait d'aucun avantage dans le pansement des blessures par armes blanches, qui guérissent le plus souvent par première intention.

Nous partageons entièrement l'opinion du traducteur allemand. Le Mémoire de M. Jarotzki nous a paru mériter quelque attention. Aucun moyen de guérison, quelque étrange qu'il puisse paraître au premier abord, ne doit être rejeté sans nouvelle épreuve, surtout s'il est présenté comme ayant déjà été sanctionné par l'expérience. C'est cette dernière considération surtout qui nous a engagé à faire connaître les faits publiés par M. Jarotzki.

Die Euthanasie, oder die Kunst den Tod zu erleichtern. — *L'Euthanasie*, ou *l'Art d'alléger la mort*; par M. le docteur KLOHSS. (Berlin, 1835. In-8°; XVIII — 183 p.)

L'étude de tous les moyens qui peuvent rendre la mort moins douloureuse, est un des devoirs les plus sacrés du médecin : qui pourrait, en effet, préciser d'une manière certaine le moment de la mort, et n'a-t-on pas vu souvent revenir à la vie des malades qu'on avait laissés comme mourans ? Tous les hommes redoutent cette dernière lutte de l'organisme contre les forces qui tendent à en briser les ressorts; c'est donc un service éminent que l'auteur a rendu à l'humanité, en rassemblant dans un ouvrage les divers moyens que l'on peut employer pour rendre moins douloureux cet instant fatal.

Ces moyens, il les groupe en six chapitres :

Dans le premier, il indique ce qu'il faut faire pour atteindre à une heureuse vieillesse; ses préceptes sont puisés dans l'hygiène et dans la thérapeutique.

Le second chapitre est consacré aux précautions que l'on doit prendre pour s'assurer que la mort est réelle, et pour prévenir toute inhumation précipitée. Certains malades redoutent d'être enterrés vivans, et expriment leurs craintes aux médecins; c'est à ceux-ci à leur faire connaître les précautions que l'on prendra. S'il n'existe pas d'établissement destiné à exposer les cadavres, comme cela a lieu dans plusieurs villes, il est bon de ne permettre l'inhumation, que lorsque les premiers signes de décomposition se manifestent.

L'auteur s'occupe ensuite de l'éloignement de toutes les causes physiques et morales qui peuvent agir d'une manière fâcheuse sur les mourans. Il recommande de ne laisser auprès d'eux que les personnes absolument nécessaires pour leur service, de ne parler que de choses que le malade puisse entendre sans inconvénient, d'éviter une lumière trop vive ou une trop grande chaleur. Le médecin ne laissera jamais soupçonner au malade le danger où il se trouve; il cherchera toujours, au contraire, à relever son espérance abattue; dans aucun cas, même lorsque le malade le demande, il ne devra lui donner la certitude d'une mort prochaine. Quant aux devoirs religieux, l'auteur conseille d'attendre que le malade ait témoigné lui-même le désir de les remplir. Ce chapitre, très-riche en conseils connus de tout le monde, mais rarement suivis, est terminé par d'excellentes réflexions sur les opérations dangereuses et sur les consultations médicales.

Le quatrième chapitre traite des soins particuliers que l'on doit donner au malade, soins qu'il ne faut pas aveuglément abandonner à des gardes, mais que le médecin doit toujours diriger: le renouvellement de l'air, la propreté du linge, la commodité du lit, etc. L'auteur parle ensuite des boissons et des alimens que l'on peut permettre, et des médicamens auxquels on peut avoir recours pour diminuer les souffrances du malade.

Le cinquième chapitre est consacré aux consolations que fournit la religion. La croyance en une autre vie, est la plus grande consolation des mourans. Cette pensée augmente leur courage, et leur fait souffrir avec résignation les douleurs les plus cuisantes; si le malade n'a pas demandé l'assistance d'un prêtre, c'est au médecin lui-même à en remplir le ministère, en l'entretenant de ces

vérités consolantes, et en cherchant à faire passer, dans son esprit, les convictions dont il est lui-même pénétré.

Le dernier chapitre expose les circonstances qui doivent faire varier la conduite du médecin, d'après les sexes, les tempéramens, l'âge, la nature de la maladie, le degré de culture intellectuelle du malade, les sectes religieuses, certaines habitudes, les idiosyncrasies, etc.

En résumé, il serait à désirer que cet ouvrage fût entre les mains de toutes les personnes appelées par leur position sociale auprès des malades; il serait à désirer surtout que les médecins suivissent en tout point les préceptes qu'il renferme; on ne verrait plus aussi souvent des hommes de l'art *abandonner* leurs malades, sous le vain prétexte qu'ils ne peuvent plus les guérir, et les laisser, sans consolation, en proie aux tourmens d'une mort douloureuse, comme cela arrive surtout pour les phthisiques. Le médecin, pénétré de la sainteté de ses devoirs, doit mettre une différence entre l'art sublime qu'il exerce, et le métier d'un artisan qui ne travaille que pour gagner sa vie.

Das Kreosot, in chemisch., phys., und medizin. Beziehung. — La Créosote, sous le rapport chimique, physique et médical; par le docteur REICHENBACH; seconde édition, augmentée de notes et d'additions, par SCHWEIGGER-SEIDEL. (Leipzig, 1835. In-8°, de xx et 494 p.)

Cette seconde édition de l'ouvrage du docteur Reichenbach est surtout intéressante par les additions nombreuses qu'elle renferme et qui sont dues à un habile observateur.

Les propriétés physiques et chimiques de la créosote y sont examinées avec le plus grand soin et d'une manière complète; nous ne nous y arrêterons point, nous nous bornerons à indiquer les cas dans lesquels la créosote s'est montrée réellement utile, et ceux où elle a été inefficace ou nuisible.

Un grand nombre d'expériences ont prouvé l'utilité de l'eau créosotée dans le traitement de la gale et des éruptions psoriformes, ainsi que dans certains ulcères chroniques des doigts, qui persistent à la suite des panaris; dans les ulcères scrophuleux, et même dans l'otorrhée scrophuleuse.

Des ulcères de mauvaise nature, qui avaient déjà envahi une grande partie des tégumens, ont été guéris en peu de temps par des fomentations d'eau créosotée, ou par l'application de créosote pure sur la plaie.

Plusieurs cas de carie se sont également terminés d'une manière favorable. Dans toute espèce d'odontalgie, la créosote s'est montrée efficace, même lorsqu'il y avait carie profonde des dents; souvent il suffisait de se rincer la bouche avec de l'eau créosotée. Cette eau, comme moyen hémostatique, a été trouvée supérieure à l'eau de Binelli, et l'on s'est assuré qu'elle prévenait la gangrène mieux que tout autre remède.

Dans un cas d'hémicranie, des frictions de créosote sur le cou ont fait disparaître les douleurs, après avoir produit plusieurs pustules. Des fomentations d'eau créosotée ont guéri en peu de temps des ulcères variqueux survenus à la suite de la grossesse. On l'a employée aussi avec succès contre les leucorrhées opiniâtres. Enfin, ce remède paraît agir avec puissance contre le ténia; on le donne, chez les adultes, à la dose de 5 à 8 gouttes, toutes les deux ou

quatre heures, dans de l'huile de ricin, à laquelle on peut ajouter, si les selles sont peu copieuses, ½ à 1 goutte d'huile de croton.

Le livre du docteur Reichenbach renferme, en outre, de nombreux faits relatifs à l'emploi, soit externe, soit interne, de la créosote, dans une foule de maladies : le rhumatisme, l'arthritis, la phthisie tuberculeuse, le muguet, le scorbut des gencives, les affections calculeuses, les métrorrhagies, le diabète, la syphilis, etc. Mais son efficacité est loin d'être constatée pour toutes ces maladies; il en est même quelques-unes, la phthisie pulmonaire entre autres, dans lesquelles elle est nuisible. Quant à la syphilis, elle n'exerce aucune influence sur sa marche; nous en dirons autant du cancer de l'utérus, de la dyssenterie, ainsi que du méléna.

Ce peu de mots suffira pour donner une idée des immenses recherches auxquelles se sont livrés M. Reichenbach et son savant collaborateur. Ce livre, d'un côté, peut épargner bien des essais infructueux; et de l'autre, il doit engager les médecins à profiter d'un remède précieux, qui est désormais acquis à la thérapeutique, et dont on peut, dans bien des cas, tirer un excellent parti.



VARIÉTÉS.

Coup d'œil historique et statistique sur la clinique médicale de Strasbourg. **Ouverture du cours de clinique (novembre 1836), par le professeur Forget.**

Messieurs,

Au moment de reprendre nos études cliniques, avant de procéder à l'exploitation de cette mine précieuse, où vous devez puiser le complément de vos études médicales, j'ai jugé convenable d'explorer avec vous le terrain qui désormais sera le théâtre de nos observations journalières. Nous suivons en cela le précepte du père de la médecine, qui veut, qu'avant d'exercer dans un lieu quelconque, le médecin prenne connaissance des conditions dont l'ensemble constitue ce qu'on nomme aujourd'hui la *topographie médicale*[1]. L'histoire étant un des élémens de cette étude, vous nous permettrez de jeter un rapide coup d'œil sur l'origine des hôpitaux et des cliniques en général, comme introduction utile à l'histoire particulière de la clinique médicale de Strasbourg.

Les historiens considèrent généralement l'institution des hôpitaux comme le produit, comme une inspiration de la charité chrétienne. Le christianisme, en effet, érigeant l'amour du prochain en vertu divine, dut naturelle-

[1] Hippocrate, *De Aëre, locis et aquis.*

ment susciter l'idée d'ouvrir des asiles à l'indigence. Mais ce ne fut là qu'un résultat secondaire, et c'est en fondant la liberté individuelle, en rétablissant l'égalité parmi les hommes, que la religion chrétienne fit ériger des hôpitaux. Si, chez ces nations de l'antiquité où la civilisation reçut de tels développemens, si, chez les Grecs et les Romains, on ne rencontre aucune trace de ces établissemens, c'est que l'esclavage les rendait inutiles. Car les esclaves, qui constituaient la classe pauvre des sociétés grecque et romaine, tombaient toujours à la charge du maître dont ils étaient la propriété; au maître il appartenait de pourvoir à tous les besoins de l'esclave.

Lorsque le christianisme eut balayé la servitude, la condition des hommes fut améliorée; mais si le pauvre fut plus libre dans ses actions, le riche eut une obligation de moins à remplir, à l'égard de celui dont il payait l'industrie. Alors intervint la charité publique, et, dans l'intérêt de leur stabilité, comme dans celui de l'humanité même, les gouvernemens durent prendre pour eux les charges dont les particuliers se trouvaient affranchis; car, en bonne politique, comme en saine morale, l'homme a naturellement droit à l'existence; l'état, dit Montesquieu, doit à tous les citoyens la nourriture et le vêtement.

Cette interprétation, que nous empruntons à un auteur anglais[1], est si bien fondée, que des peuples civilisés, étrangers à la doctrine du Christ, mais chez lesquels l'esclavage n'existait pas, les Arabes, par exemple, avaient des hôpitaux où nous verrons bientôt percer les premières lueurs de l'enseignement clinique.

C'est du sixième siècle qu'on fait dater les premiers établissemens hospitaliers en Occident. Ce furent des empe-

[1] Johnston, *Histoire des institutions de charité en France.*

reurs et de riches particuliers, professant le christianisme, qui en furent les fondateurs. Ces institutions de charité se multiplièrent prodigieusement aux douzième, treizième et quatorzième siècles, durant les croisades, époque d'exaltation religieuse, où les princes chrétiens s'empressaient d'ouvrir des refuges aux pauvres croisés que la peste et la lèpre avaient épargnés en Terre sainte.

Quoi qu'il en soit de leur origine, les hôpitaux ont principalement pour objet, dans la société actuelle, d'obvier aux souffrances de l'industrie; aussi est-ce dans les villes qu'ils sont le plus nécessaires, et sont-ce les ouvriers qui les peuplent en grande partie.

Nous ne ferons que rappeler ici une grande question d'économie politique, que plusieurs de vous ne soupçonnent pas sans doute pouvoir être soulevée: c'est celle de savoir si les hôpitaux n'ont pas plus d'inconvéniens que d'avantages pour les populations. On a prétendu qu'ils étaient nuisibles en ce qu'ils favorisaient la paresse, la dissipation et la débauche, en offrant aux individus entachés de ces vices, un refuge assuré contre la misère. Cet argument spécieux n'est qu'un sophisme, du moins en ce qui concerne les hôpitaux proprement dits; car, pour prévenir ces inconvéniens, il suffit d'être attentif à n'admettre que des individus réellement malades, et à les faire sortir dès qu'ils sont guéris; car personne, ainsi qu'on l'a dit, ne voudra se casser une jambe ou se donner une fluxion de poitrine pour le plaisir de jouir du bénéfice de l'hôpital. Quant aux hospices, refuges spéciaux de l'indigence, l'objection a plus de valeur. Mais, en morale, mieux vaut sauver deux coupables que punir un innocent, et secourir des malheurs réels, au risque de soulager des infortunes méritées. Mieux vaudrait pourtant, il

est vrai, prévenir la pauvreté; mais dans l'ordre actuel des sociétés, les hôpitaux sont encore, à notre avis, le meilleur remède à cette plaie de notre civilisation.

Pour nous, d'ailleurs, l'incontestable utilité des hôpitaux existe indépendamment de ces hautes questions administratives; car, sans eux, point de ces études cliniques larges, animées, fécondes par le nombre et la comparaison des faits.

Mais il est temps de nous occuper spécialement de l'hôpital qui nous fournit des sujets d'étude. Nous emprunterons la plupart des détails qui vont suivre, aux travaux substantiels de M. Marchal, fils, sur l'*Hôpital civil;* de M. Rennes, sur la *Topographie médicale;* et de M. Charles Bœrsch, sur la *Mortalité de la ville de Strasbourg* (partie rétrospective).

Nous n'avons pu remonter à l'origine précise des établissemens de charité dans cette ville. Les premiers documens que nous ayons pu recueillir, remontent au quatorzième siècle. A cette époque, l'hôpital était situé au centre de la ville, près la cathédrale, où existe encore aujourd'hui la *Petite-Rue-de-l'Hôpital.* Il occupait, avec le cimetière, l'espace compris entre cette rue et celle du *Vieux-Marché-aux-Poissons.* Mais dans l'année 1316, année de disette et d'épidémie, la mortalité fut telle que l'hôpital et le cimetière devinrent insuffisans pour la quantité des malades et des morts. La nécessité fit alors ce qu'une hygiène bien comprise eût dû commander plus tôt, et l'hôpital fut transféré hors de la ville, dans une maison dite des *Frères de Notre-Dame*, entre la porte de l'Hôpital actuelle et l'ancienne porte Sainte-Élisabeth. Il y resta soixante-seize ans, jusqu'en 1392, époque où les prévisions stratégiques le firent installer définitivement à l'endroit qu'il occupe

aujourd'hui, dans l'enceinte de la ville, afin de le mettre à l'abri des attaques de l'ennemi. Consumé par un incendie en 1716, l'hôpital fut aussitôt rebâti, mais à deux reprises, sous la forme moderne que vous lui voyez aujourd'hui.

Le bâtiment principal, dont nos salles de clinique font partie, offre deux façades composées d'un rez-de-chaussée, de deux étages et de mansardes. La façade qui donne sur la cour est exposée au nord. Elle a trente croisées de front à chaque étage, et trois portails. L'autre façade, séparée du rempart par un fossé cultivé, regarde le sud, et a vue sur la campagne. Ces détails ont un intérêt plus sérieux que celui de simple curiosité: car ils soulèvent l'importante question hygiénique de l'exposition, sur laquelle peuvent s'élever des dissidences. Si l'exposition nord et sud a l'avantage de procurer du soleil en hiver et du frais en été, on conçoit qu'elle comporte implicitement les inconvéniens contraires, tandis que l'exposition est et ouest affranchit des extrêmes de température. C'est aussi celle qu'on préfère généralement dans les climats secs et tempérés. De plus, le côté sud de notre édifice est directement ouvert aux émanations qui s'élèvent des prairies semi-marécageuses, situées aux pieds des remparts, ce qui rend suspecte la salubrité de cette exposition.

L'hôpital peut contenir de 1000 à 1100 individus, il résume en quelque sorte plusieurs établissemens hospitaliers qui existaient autrefois à Strasbourg, et qui sont venus successivement se fondre en un seul qui remplit à la fois l'office d'hospice et d'hôpital. De puissans motifs, probablement, ont déterminé cette fusion, que pourtant nous devons déplorer, car l'utilité des hôpitaux spéciaux est aujourd'hui reconnue, et c'est cette division qui cons-

titue en partie la splendeur médicale des grandes villes de l'Europe.

Bien que la renommée scientifique de la ville de Strasbourg date au moins de trois siècles, l'enseignement médical est pour elle d'institution toute récente, et ne remonte pas, que nous sachions, au delà de la création des écoles de santé, vers la fin du dernier siècle.

Avant d'entrer dans les détails à cet égard, je vous dois quelques mots sur l'origine de l'enseignement clinique en général, ne fût-ce que pour rectifier quelques inexactitudes accréditées sur l'histoire de cette institution.

Les médecins de l'antiquité avaient, dit-on, pour usage de se faire accompagner chez leurs malades par leurs disciples du nombre desquels ils tiraient vanité, comme aujourd'hui les professeurs de celui de leur auditoire. Cet usage est historiquement constaté par une épigramme de Juvénal, sur le médecin Symmaque, dont les élèves, en touchant le malade de leurs mains froides, lui donnaient la fièvre qu'il n'avait pas : *non habui febrem, Symmache, nunc habeo.*

Il paraît certain que quelques médecins arabes ont exercé l'enseignement clinique dans les hôpitaux fondés par les Mahométans, en Orient; notamment à Bagdad où le calife Almanzor avait fait ériger un collége de médecine et des hôpitaux vers le milieu du huitième siècle. Mais c'est à Sylvius, de Leyde, qu'on attribue généralement le premier enseignement clinique en Europe.

Cependant un auteur italien, Comparetti, prétend que quatre-vingts ans auparavant, en 1578, cet enseignement existait à Padoue. Il paraît aussi qu'Heurnius, prédécesseur de Sylvius à l'hôpital de Leyde, et Straten, médecin d'Utrecht, avaient professé la clinique avant le célèbre

auteur du système iatro-chimique. C'est dans ce même hôpital de Leyde que Boerhaave professa, depuis, la clinique avec tant d'éclat. Son illustre disciple, Van-Swiéten, institua, en 1753, cette célèbre clinique de Vienne, où Dehaën, Stoll, Hildebrandt se sont acquis tant de gloire. Des cliniques s'établissaient en même temps dans les grandes villes d'Italie, et il paraîtrait que la France serait restée en arrière de ce grand mouvement : car ce n'est que depuis l'organisation des nouvelles écoles, en 1794, qu'il est question d'enseignement clinique dans les Facultés. Mais, indépendamment de ce que plusieurs professeurs de la capitale enseignaient la clinique avant d'être légalement institués, il existe un document qui prouverait qu'en cela, non plus qu'en autre chose, notre belle patrie ne se montra retardataire; on lit dans les *Recherches sur la Faculté de médecine de Paris*, par M. Sabatier, ce passage remarquable : « A partir de 1644, les consultations données aux pauvres devinrent une sorte de leçons cliniques, auxquelles les bacheliers furent astreints d'assister; *ils écrivaient les ordonnances des docteurs*, et se formaient ainsi à la pratique, en même temps que, pendant le temps nécessaire pour gagner la licence, *ils étaient obligés d'assister à la visite des médecins* de l'Hôtel-Dieu. Ces études cliniques, imposées par la Faculté, *duraient deux années*. La Faculté *exigeait un certificat en bonne forme*, etc. » Certes, ces cliniques n'eussent pu entrer en parallèle avec celle instituée par Corvisart; mais toujours est-il qu'il y avait là organisation spéciale, et une série d'épreuves cliniques plus longues et plus rigoureuses qu'elles ne le sont aujourd'hui même.

C'est à l'intelligente activité de Thouret et Fourcroy, qui provoquèrent et préparèrent l'organisation des écoles

de santé, que la Faculté de Strasbourg doit sa création. Avec celles de Paris et de Montpellier, qui existaient déjà sous le nom de Facultés, elle prit naissance par une loi du 4 décembre 1794. Elle subit la renovation de 1809, organisée par Fourcroy, sous les auspices de Napoléon, et reçut alors, avec les deux autres écoles, le nom de *Faculté*. Dès l'origine, l'hôpital civil dut fournir des sujets à l'enseignement clinique, exercé d'abord par M. Coze, père de notre doyen actuel, à qui succéda notre prédécesseur, le célèbre Lobstein.

A ceux qui ont vu la clinique médicale de la Faculté, telle qu'elle existait naguère encore, clinique de quelques lits, reléguée dans d'étroites et sombres mansardes, occupant un local mesquin, isolé au fond de la cour de l'hôpital; à ceux même qui ont vu, il y a quelques mois, blessés et fiévreux entassés pêle-mêle, notre clinique actuelle, malgré ses nombreuses imperfections, doit offrir un coup d'œil splendide.

Le local de la clinique médicale se compose aujourd'hui de deux salles, dont la première, ouvrant sur celle des conférences, offre une longueur de 19 mètres 17 centimètres. Elle est percée de trois fenêtres au sud, et de quatre au nord; elle renferme 25 lits pour les hommes. Cette salle communique avec la seconde, laquelle offre une longueur de 13 mètres 97 centimètres, est percée de trois fenêtres au nord comme au sud, et contient également 25 lits pour les femmes. Ces deux salles ont, l'une et l'autre, 12 mètres environ de largeur et 5 mètres de hauteur.

Les planchers sont en bois de sapin; les plafonds reposent sur des piliers, d'espace en espace; les fenêtres, hautes de 2 mètres 78 centimètres, larges de 1 mètre

38 centimètres, élevées de 80 centimètres au-dessus du plancher, donnent largement accès à l'air et à la lumière[1]. Les salles sont meublées de couchettes en bois blanc, trop étroites et trop courtes, mais bien espacées et rangées avec ordre. La simplicité, même la pénurie des objets à l'usage des malades, se dissimulent sous la propreté que savent entretenir nos estimables sœurs hospitalières. Le régime alimentaire est abondant et sain, mais trop peu varié; peut-être en est-il ainsi du formulaire, d'ailleurs trop riche, selon nous, en superfluités. Quant aux soins et aux secours que reçoivent nos malades, ils sont tout ce qu'ils peuvent être avec le zèle et la philanthropie dont l'administration est animée; pourquoi faut-il que ses bonnes intentions en faveur des cliniques, intentions dont elle a donné de généreux témoignages, soient paralysées par la modicité des ressources pécuniaires du seul hôpital civil que possède la capitale de l'Alsace? Pourquoi faut-il que nous ayons tant de vœux à former pour que la clinique de la Faculté de Strasbourg puisse un jour soutenir le parallèle avec ses deux émules.

Tel est le domaine dont l'exploitation scientifique nous est offerte, domaine trop vaste peut-être, si parmi nos malades ne s'en trouvait un certain nombre affectés de ces maladies chroniques, qui ne subissent que lentement de notables modifications, espèce de *caput mortuum* que la nécessité nous impose. « Dans une clinique bien orga-

[1] Nos salles ont vue, au nord, sur une vaste cour; au midi, sur un beau paysage encadré par les chaînes de la Forêt-Noire et des Vosges. Mais la plaine avoisinant les fortifications est basse, et, comme nous l'avons dit, quelquefois inondée par les débordemens de l'Ill et d'un bras du Rhin, d'où résultent, en automne surtout, des flaques marécageuses, dont les effluves s'associent aux brouillards épais, si fréquens dans cette saison.

nisée, disait Dance[1], le nombre des malades ne doit pas dépasser 30 à 40. P. Frank n'en avait que 12 dans sa clinique de Pavie. » Nous sommes donc dans les conditions les plus convenables sous le point de vue du nombre des sujets d'observation. Puissions-nous en retirer tout le fruit qu'il nous est permis d'en espérer.

Ici vient se placer une remarque affligeante : c'est celle relative aux nombreuses catastrophes qui, dans nos salles, viennent trop souvent contrister l'âme de l'observateur. Établissons le chiffre, et recherchons les causes d'une telle mortalité.

Lorsqu'on vient à comparer la mortalité dans les divers hôpitaux, on est frappé des différences qu'elle présente, suivant l'espèce de la population et le genre de maladies que ces établissemens sont destinés à recevoir. Le talent comparatif des médecins, les doctrines dissidentes qu'ils professent, ne jouent ici qu'un rôle secondaire. Ainsi, ce serait une erreur que d'attribuer au choix des remèdes, le peu de mortalité des hôpitaux militaires comparés aux hôpitaux d'indigens. Des hommes de vingt à trente *ans*, fortement constitués, venant réclamer des secours aussitôt qu'ils ressentent les premiers symptômes d'affections légères ou graves, ces hommes ont, sans contredit, plus de chances de guérison que des malheureux de tout âge, exténués déjà par la misère et les progrès d'une longue maladie, trop souvent aggravée par des traitemens irrationnels : ces dernières conditions sont celles de la plupart de nos malades.

Les tableaux de M. Marchal, publiés en 1829[2], évaluent ainsi la mortalité de l'hôpital civil :

[1] *Guide pour l'étude de la clinique médicale.*

[2] Ouvrage cité.

Maximum.	. . .	1 sur 8
Minimum.	. . .	1 sur 10
Moyenne.	. . .	1 sur 9

Il s'agit ici de l'hôpital entier; or, par des raisons que nous exposerons tout à l'heure, la mortalité doit être plus considérable dans les salles de clinique que dans les autres.

Le hasard nous ayant procuré les matériaux de la clinique de Lobstein pendant vingt-deux mois, le relevé nous a fourni une moyenne de 1 sur 10. Nous ferons à cet égard une remarque importante : c'est que, parmi les observations de Lobstein, nous n'en trouvons pas une seule relative à ces individus qui, trop souvent, entrent à la clinique tout juste pour mourir. Ces cas, nous les comprenons, nous, dans nos relevés numériques.

Le relevé de la clinique de M. Aronssohn, par M. Hirtz (deuxième semestre, 1835), donne une mortalité de 1 sur 7 ⅓[1], 27 sur 197.

Le compte-rendu de M. Stœber (semestre d'hiver, 1834 à 1835) donne un peu plus de 1 mort sur 5 malades (33 sur 160); mais on remarquera qu'il s'agit du semestre d'hiver, pendant lequel les maladies sont les plus graves et les plus meurtrières.

Notre relevé du deuxième trimestre 1836, donne une mortalité de 1 sur 7 ¼ (15 sur 109) : c'est à peu près le chiffre de M. Aronssohn.

Enfin, notre relevé du troisième trimestre 1836 donne une mortalité de 1 sur 5 ½ (22 sur 118), proportion affli-

[1] Dans les relevés de nos confrères, ainsi que dans les nôtres, nous ne tenons compte que des malades *sortis*, morts ou guéris, ceux restans ne pouvant entrer rigoureusement en ligne de compte par des raisons faciles à concevoir.

geante, mais qui l'est moins, si l'on tient compte des cas désespérés, et de deux épidémies, l'une de dyssenterie et l'autre d'affections cérébrales, observées dans ce trimestre.

Ainsi, la mortalité moyenne de la clinique, déduite des chiffres de MM. Aronssohn, Stœber et des nôtres, est, aujourd'hui, de 1 sur 6 environ.

Cela posé, il ne sera pas inutile de jeter un coup d'œil sur la mortalité dans les autres hôpitaux de France. A l'époque où écrivait M. Marchal, les relevés qu'il avait consultés portaient la mortalité des hôpitaux de Paris à 1 sur 6. Or, la mortalité de l'hôpital de Strasbourg, avons-nous dit, était de 1 sur 9. Il paraîtrait que, depuis cette époque, les proportions auraient changé; car nous trouvons dans la *Statistique du département de la Seine*, pour 1828 — 1829, que la mortalité des hôpitaux de Paris fut de 1 sur 8 ¼; et dans la statistique publiée en 1836, cette mortalité n'est plus que de 1 sur 12, chiffre trompeur en ce qu'il ne s'applique pas seulement aux hôpitaux, mais bien encore aux hospices; car il est impossible qu'en quelques années la mortalité des hôpitaux de Paris ait diminué de moitié. Si maintenant nous comparons les statistiques des hôpitaux des principales villes de France, Paris, Lyon, Marseille, Toulouse, Rennes et Strasbourg, nous trouvons que la plus faible mortalité est à Toulouse, où elle n'est que de 1 sur 13, et que la plus forte existe à Lyon, où la mortalité des hôpitaux s'élève à 1 sur 6,70; moyenne, 1 sur 10 environ. Ainsi, la mortalité de l'hôpital de Strasbourg (1 sur 9) serait au-dessous de la moyenne des hôpitaux de France (1 sur 10), pris en masse. Mais voici un résultat bien autrement sinistre: Un médecin du grand hôpital de Saint-Pétersbourg, a publié dernièrement un travail, d'où résulte que, dans cet établissement, la mor-

talité est de 1 sur moins de 4!.... Cessons donc de porter envie à l'étranger, et persuadons-nous que, sous le rapport des sciences comme de toutes les autres prérogatives de l'humanité, notre belle patrie marche à la tête des nations civilisées.

Ces calculs, nous le répétons, sont déduits de tous les hôpitaux et de tous les services; nous n'en connaissons point de spécialement appliqués aux cliniques des Facultés, qui sont le rendez-vous des maladies les plus graves. M. Bouillaud, qui évalue à 1 sur 7 ou 8, la mortalité des maladies les plus meurtrières, la pneumonie et l'affection typhoïde, traitées par les saignées répétées; M. Bouillaud, qui a publié récemment un volume sur les *Généralités de la clinique,* ne donne pas la moyenne générale de la mortalité dans le service qui lui est confié. Or, il est d'observation, quoi qu'on en ait dit de la léthalité des maladies aiguës, que la mortalité porte principalement sur les maladies chroniques. Il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler l'inefficacité de nos ressources thérapeutiques dans la phthisie, les divers genres d'hydropisie, le cancer, etc.; le médecin le moins malheureux sera donc celui qui traitera le moins d'affections chroniques. Or, quelle position fut jamais, sous ce rapport, plus défavorable que la nôtre?

Certaines spécialités entraînent moins de revers que les autres: c'est ainsi que la mortalité est peu considérable dans les services affectés aux maladies vénériennes, à celles de la peau, des yeux, etc.

Une remarque générale, c'est que les salles de chirurgie perdent moins de sujets que celles de médecine; il est aussi d'observation que la mortalité est, en général, plus forte chez les femmes que chez les hommes; notre expé-

rience clinique confirme ce résultat : ainsi, dans l'espace de six mois, sur 123 hommes qui sont passés à la clinique, il en est mort 20 (1 sur 6 $^{3}/_{20}$); et sur 102 femmes, il en est mort 18 (1 sur 5 $^{2}/_{3}$).

Établissons maintenant les causes principales de la mortalité dans notre clinique : signaler la source du mal, c'est, dit-on, en indiquer le remède; axiome qui serait plus vrai, s'il était toujours en notre pouvoir de conjurer ces causes. Quelle que soit notre impuissance à cet égard, c'est pour nous un devoir de les indiquer; quant aux remèdes, nous avons confiance dans l'avenir.

1° Par tout pays, les malheureux éprouvent une répulsion, hélas! bien naturelle, pour les asiles que leur a consacrés la charité publique; mais nulle part, peut-être, cette répugnance n'est aussi prononcée que dans la ville que nous habitons. C'est un fait dont les motifs seraient faciles à déduire, si nous avions le loisir de les développer ici. De cette disposition morale, il résulte que les malheureux ne se décident à réclamer nos secours qu'alors que le mal invétéré est déjà, trop souvent, au-dessus des remèdes.

2° Il existe, à Strasbourg, une institution éminemment philanthropique, contre laquelle, par conséquent, nous sommes d'autant plus éloigné de nous inscrire, que seul, peut-être, nous avons à nous en plaindre : c'est l'institution des *médecins cantonaux*, fondée, en 1810, par le préfet du Bas-Rhin, Lezay-Marnésia. Mieux vaut, en effet, secourir ainsi les malheureux, que de les abandonner à leur fatal éloignement pour les hôpitaux. Mais quel succès attendre des secours donnés à un pauvre malade, logé, pendant l'hiver, dans un bouge méphitique, humide et froid? Les plus sages conseils, les médicamens les mieux appropriés, sont illusoires pour celui qui manque des ob-

jets de première nécessité, et qui ne peut trouver dans sa famille les soins que son état exige. « Je puis assurer, dit un profond observateur, M. Villermé, je puis assurer que les secours à domicile conduisent très-souvent les malades à l'indigence, prolongent, aggravent les maladies, et occasionnent la mort, en empêchant les pauvres de se présenter à l'hôpital[1]. » Ainsi, les médecins cantonaux, ces praticiens dévoués, sont loin d'être constamment heureux dans les soins éclairés qu'ils prodiguent aux pauvres ; car, indépendamment des obstacles que nous venons de signaler, leurs prescriptions sont presque toujours contrariées par de funestes préjugés populaires. Or, c'est lorsque le mal s'est montré rebelle et menace prochainement la vie, que les malades arrivent à la clinique, non pour chercher des secours désormais superflus, mais pour épargner aux familles un lugubre et douloureux spectacle, si ce n'est les frais d'une cérémonie funéraire. Non-seulement des malades nous sont apportés expirans, mais encore il nous est arrivé de recevoir .... des cadavres!

3°. Par une disposition réglementaire, toute au profit de l'instruction, tout malade arrivant à l'hôpital doit d'abord être adressé à la clinique. La facilité des admissions est une cause atténuante de la mortalité. Or, l'exiguité de l'espace nous oblige à ne recevoir que les affections les plus graves. Les malades le plus dangereusement affectés, sont aussi ceux que nous accueillons avec le plus d'empressement, soit par un sentiment d'humanité qui, chez nous, domine impérieusement l'intérêt personnel, soit parce que l'être agonisant vous promet d'utiles instructions, à vous, qui, dans l'étude de la mort, apprenez l'art de conserver la vie.

Tous les sujets n'offrent pourtant pas le même intérêt ;

[1] *Annales d'hygiène et de médecine légale;* t. III.

et souvent nous sommes forcé d'admettre des individus gravement affectés, il est vrai, mais stériles pour nos leçons, par leur nombre et l'uniformité des lésions qu'ils présentent: tels sont les phthisiques. Nous y sommes forcé, parce qu'ailleurs végète une population parasite, abusant des bontés des médecins, dont la sévérité fléchit devant la nécessité de rendre un malheureux à sa misère. Or, le plus sûr moyen de diminuer le chiffre nécrologique, c'est de garder long-temps les malades qui sont guéris; ce qui dispense d'en admettre d'autres qui, pourtant, auraient plus de droits à la charité publique et à la sollicitude des hommes de l'art. Ces principes, jamais nous ne les oublions, car toujours nous avons présens à l'esprit les hauts intérêts dont nous sommes dépositaire: l'humanité d'abord, puis votre instruction, et enfin l'économie des deniers publics.

Telles sont, Messieurs, les causes principales qui font de la clinique une arène si désastreuse. Ne soyez donc point étonnés, et ne nous condamnez pas légèrement, si nos revers sont si nombreux, car la plupart ne sont pas de notre fait, mais bien le résultat fatal d'un état de choses que nous pouvons espérer voir se modifier en bien, s'il suffit pour cela de zèle, de persévérance et de dévoûment au progrès des institutions philanthropiques de notre cité.

Ce coup d'œil statistique serait incomplet si nous n'ajoutions quelques mots sur les divers genres d'affections qui peuplent habituellement la clinique. Déjà nous possédons assez d'expérience pour les envisager sous leur aspect général; et nos observations, à cet égard, sont d'accord avec celles de praticiens plus expérimentés qui ont écrit sur les maladies régnantes à Strasbourg.

Quant à la répartition des maladies selon les saisons,

notre climat ne diffère pas de ce qui s'observe ailleurs, et de ce qu'ont signalé les observateurs depuis l'origine de l'art. En hiver, ici comme partout, prédominent les affections thoraciques; de même qu'en été, prédominent les affections abdominales. C'est ainsi que, dans notre résumé du trimestre du printemps, nous nous étonnions du petit nombre des affections gastro-intestinales, qui n'y figurent que pour 6 sur 109 maladies; mais la chaleur est venue manifester sa puissance productrice de ce genre d'affections, en portant à 28 sur 118 maladies le nombre des lésions de l'appareil digestif observées pendant le trimestre d'été.

Quant aux lésions des voies respiratoires, elles sont de toutes les saisons, sous un ciel variable, humide et froid comme le nôtre; néanmoins leur prédominance se fait sentir pendant l'hiver. C'est ainsi que le trimestre du printemps nous en a offert 28 sur 109, tandis que le trimestre d'été n'en a offert que 25 sur 118.

Ici, comme dans la plupart des cités populeuses d'Europe, la phthisie tient une grande place dans le cadre des affections mortelles. A Paris, Londres, Vienne, Berlin, la phthisie, disent les auteurs, entre pour un quart dans la mortalité. C'est la proportion établie, pour Strasbourg, par M. Marchal : c'est aussi celle constatée par nous à la clinique; car, sur 37 morts pendant six mois, nous avons perdu 9 phthisiques.

Nous manifestions encore, au printemps dernier, notre étonnement de la rareté des lésions cérébrales, n'ayant alors observé qu'un cas de ce genre. Mais l'été devait amener une compensation funeste, en nous amenant 7 affections encéphaliques. « Les phlegmasies aiguës de l'encéphale, dit M. Rennes, sont peu communes à Strasbourg.

L'apoplexie est une cause de mort fort ordinaire; il est des époques où on la croirait épidémique. » C'est effectivement ce que nous avons vu : sur nos 7 affections cérébrales, figurent 3 apoplexies mortelles, qui se sont offertes presque en même temps.

Les affections rhumatismales, qui sont plus propres à l'hiver, nous ont paru réparties à peu près également dans toutes les saisons : c'est que les variations de température en sont plutôt l'occasion, que le froid prolongé.

A cet aperçu général sur les principaux groupes des affections régnantes, nous joindrons quelques détails sur certaines affections spéciales qui méritent attention.

« Les irritations gastro-intestinales, dit M. Rennes, s'accompagnent souvent de supersécrétions; l'embarras gastrique n'est pas rare. » Cette observation, nous l'avons faite également; et bien que nous ne soyons pas avare d'évacuans intestinaux, nous partageons l'avis de cet auteur, lorsqu'il dit : « La méthode évacuante est en grand crédit à Strasbourg : elle est en partie justifiée....; mais combien de fois il arrive qu'on abuse des émétiques et des purgatifs, et qu'on entretient par ce moyen des irritations, qui eussent cédé à la diète et aux délayans, moyens trop négligés. » En effet, nous avons eu trop souvent occasion, dans le cours de l'été, de vous faire apprécier sur le cadavre, la fréquence et l'intensité de ces phlegmasies gastro-intestinales simples ou compliquées.

« Le catarrhe pulmonaire est endémique, *généralement négligé*, et souvent terminé par d'autres maladies plus graves. » Celui qui parle ainsi, est un praticien de Strasbourg, M. Marchal, à qui l'évidence arrache cette triste vérité! C'est qu'en effet, ces altérations si graves, si variées de l'organe pulmonaire, qui peuplent nos salles, se-

raient moins fréquentes et moins funestes, si le peuple, si les médecins eux-mêmes étaient mieux pénétrés de l'importance du précepte : *principiis obsta*, et s'ils se montraient plus rationnels et moins timides dans l'application des moyens préventifs de ces dégénérescences chroniques. Alors, « l'hydropisie de poitrine et l'asthme, qui sont très-fréquens, et résistent souvent aux moyens les plus rationnels, » comme le dit encore M. Marchal; ces affections et d'autres, telles que l'emphysème, l'œdème pulmonaires, les tubercules enfin, perdraient de leur fréquence et feraient moins de victimes, vouées à la mort, en dépit des médications variées que l'aveugle empirisme prétend leur opposer.

« Les maladies du cœur et des gros vaisseaux sont moins rares qu'on pourrait le penser d'abord, » dit le même auteur. Ne serait-ce pas parce que les affections pulmonaires, et surtout les rhumatismes, sont aussi très-fréquens? Nous avons eu souvent occasion de vérifier les aperçus lumineux de notre savant ami, le professeur Bouillaud, sur la coïncidence du rhumatisme et de l'endocardite, vérité qui s'établit de jour en jour, et qui survivra malgré les envieux.

« Les maladies du foie sont nombreuses, ce qui est prouvé par les ictères fréquens et les altérations sur le cadavre, » dit encore M. Marchal. Vous avez, en effet, observé l'ictère épidémique, et l'appareil digestif est loin d'y être toujours étranger.

La fréquence des hydropisies, ainsi que celle des maladies chroniques du foie ne tiendraient-elles pas à celle des fièvres intermittentes? Mais il est une autre cause d'hydropisie, peu connue dans ce pays, et que nos recherches cliniques ont mise en évidence : c'est la maladie de Brigt, l'affection granuleuse des reins, la néphrite albumineuse,

dont 3 cas se sont offerts dans notre service; et, chose rare, l'un d'eux a été suivi de guérison, que nous espérons devoir se maintenir : car, non-seulement l'anasarque a disparu, mais encore les urines n'offraient plus la moindre trace d'albumine.

« Les habitans de l'Alsace, dit M. Rennes, sont peu sujets aux affections des reins et de la vessie. » Mais ceci doit s'entendre seulement de l'affection calculeuse; et nous pourrions trouver, à cette rareté de la gravelle, une cause probable dans l'hygiène. Quant aux autres genres de néphrite, nous venons de voir que l'affection granuleuse des reins est assez commune; la néphrite rhumatismale ne doit pas non plus être rare; et chez un de nos sujets, nous avons rencontré une néphrite chronique consécutive à une cystite, entretenue elle-même par une hypertrophie de la prostate.

« Le cancer utérin est fréquent et incurable, » dit M. le docteur Marchal. Trois cas de cette affection sont passés à la clinique. Chez une femme qui a succombé, le vagin, le gros intestin et la vessie ne formaient qu'un cloaque.

« Parmi les maladies nerveuses, dit le même auteur, l'hystérie tient le premier rang; elle est très-fréquente, et on parvient rarement à la guérir. Nous l'avons vue plusieurs fois contagieuse par imitation. » Toutes ces propositions ont été vérifiées à la clinique, où vous nous voyez épuiser, sans succès, la longue série des prétendus antispasmodiques.

A Strasbourg, les fièvres intermittentes pullulent au printemps, et surtout en automne. Ce fait, banal pour tous les observateurs, a offert une exception cette année, où les pluies précoces ont prévenu la diffusion des effluves marécageux d'automne.

Les affections typhoïdes, connues ici sous le nom décevant de *fièvres nerveuses*, sont également très-communes et de toutes les saisons. Cette cruelle maladie est une des plaies de notre cité, comme de la plupart des grandes villes d'Europe. Sur 15 cas dûment caractérisés, qui, dans l'espace de six mois, sont passés à la clinique, 2 ont été suivis de mort. Nous aurons assez occasion de développer le système de traitement qui nous procure des résultats aussi favorables; mais il nous en coûte d'avoir à déclarer que, parmi les praticiens, régnent ici de funestes préjugés sur la thérapeutique de cette affection, déjà si meurtrière.

Dans cette longue énumération des maux dont notre population est affligée, vous avez sans doute été frappés et du nombre et de la gravité des affections chroniques, ainsi que des termes décourageans dans lesquels nous avons manifesté nos opinions sur la curabilité de ces maladies. Les tristes vérités, sorties de notre bouche, contiennent cependant une moralité rassurante et féconde: c'est que, pour atténuer ces fléaux, un moyen est offert, c'est de les prévenir. Nous ne saurions trop le répéter: c'est au germe du mal qu'il faut s'adresser, c'est en combattant avec énergie le principe de ces désorganisations fatales, qu'on peut se flatter de les détruire; et, pour cela, rappelez-vous ces axiomes capitaux, que je voudrais voir gravés dans vos esprits comme ils le sont dans nos propres convictions.

Persuadez-vous d'abord qu'il n'est pas de trouble fonctionnel qui n'ait sa cause positive et formelle dans les lois de l'organisme, dans le tissu même des organes, et renoncez à ces théories nébuleuses, dont le moindre inconvénient est de condamner la science à l'immobilité.

Persuadez-vous que l'espèce humaine est radicalement

la même partout, et que, pour apparaître sous un climat différent, les maladies ne changent pas de nature. C'est une fatale erreur de penser que telle affection, qu'on traite avec succès à Paris par les débilitans, doive exiger, à Strasbourg, le développement d'une thérapeutique incendiaire. Un de vos vénérables maîtres, Foderé, qu'on n'accusera pas de prédilection en faveur des doctrines modernes, a dit, en parlant des épidémies: « Ce qui est inflammatoire, l'est toujours, et exige toujours un traitement anti-phlogistique proportionné. » Certes, il est, suivant les circonstances, les sujets et les localités, des modifications qu'un praticien sage doit adopter; mais ces modifications ne peuvent aller jusqu'à l'opposition complète. Ce funeste préjugé, j'ose le dire, est la cause réelle de cette foule de maladies chroniques et incurables qui déciment notre population concitoyenne, et cette erreur fatale, vous la payeriez de ce que l'honnête homme a de plus cher que sa réputation même: le repos, la pureté de la conscience.

Il faut, j'en conviens, un certain courage pour hasarder ainsi son avenir, et s'inscrire hautement contre les préjugés du vulgaire. Ce courage, nous vous en donnerons l'exemple; et cet exemple, déjà nous venons, je crois, de vous l'offrir dans cette introduction aux graves et consciencieux travaux que nous allons entreprendre.

Séance publique annuelle de la Faculté de médecine de Strasbourg.

La Faculté de médecine de Strasbourg a tenu, le 24 novembre dernier, sa séance publique annuelle, à l'occasion de la rentrée des cours.

M. Forget a prononcé un discours ayant pour titre : *De l'Influence de la médecine sur le bien-être et le développement de l'humanité.*

M. Coze, doyen de la Faculté, a fait ensuite connaître les améliorations apportées, depuis quelques années, dans les différentes branches de l'enseignement médical à Strasbourg. Nous avions annoncé, dans un de nos derniers numéros, que nous consacrerions un article spécial à ces améliorations, si long-temps attendues, et si vivement désirées. C'est donc à la fois un plaisir et un devoir pour nous de donner à nos lecteurs un extrait de ce discours, que M. Coze a bien voulu nous communiquer.

Après un coup d'œil historique rapide sur la Faculté de Strasbourg, dans lequel M. Coze rappelle les noms des professeurs qui ont illustré l'école, l'orateur arrive aux améliorations apportées dans les moyens d'enseignement, et rend un tribut d'éloges mérités aux nouveaux professeurs qui viennent de prendre rang dans la Faculté. M. Coze aborde ensuite les moyens matériels d'instruction. Nous laisserons parler l'orateur lui-même :

« La Faculté de Strasbourg enrichit et améliore chaque année ses précieuses collections.

« Les instrumens de physique les plus nouveaux, ceux qui sont nés des recherches les plus récentes, s'accumu-

lent dans nos salles. Les substances employées en médecine, ou préparées dans les laboratoires, se complètent de jour en jour, et sont classées dans l'ordre le plus favorable aux études [1].

« L'encouragement accordé chaque année à la patience savante et industrieuse de nos élèves [2], accroît, dans notre musée d'anatomie saine et pathologique, le nombre de ces belles préparations que les visiteurs du dehors s'empressent de venir admirer. Là, tout est rangé dans un ordre scientifique, et les nombreuses observations correspondantes aux pièces les plus remarquables, sont conservées avec soin dans les archives du musée.

« M. le professeur Ehrmann, chargé du soin de cette collection, prépare, en ce moment, un nouveau catalogue de toutes nos richesses.

« Ce travail pénible, confié à sa sagacité, nous donne l'assurance qu'il sera digne du premier catalogue dû à notre savant Lobstein; une simple énumération, à l'aide de rapprochemens habiles, peut, à la fois, intéresser et instruire, et faire voir que la nature n'est pas moins féconde dans ses écarts que dans ses productions régulières.

« La nature morte n'a pas seule le privilége d'attirer nos

[1] Ces objets, bien choisis et bien caractérisés, sont placés dans des bocaux de verre et exposés avec ordre dans des armoires vitrées; chaque bocal porte une étiquette, en sorte que l'élève peut étudier ces substances avec la plus grande facilité.

(*Note des rédacteurs.*)

[2] Depuis plusieurs années, la Faculté a fondé un prix d'*anatomie pratique*, que l'on décerne à l'élève qui a fait, pendant l'année, la meilleure préparation : ces préparations sont déposées au muséum d'anatomie. Cet établissement est déjà redevable à cette sage mesure, d'un certain nombre de pièces très-belles, qui font l'admiration des connaisseurs.

(*Idem.*)

soins, et d'éveiller notre sollicitude. La nature vivante en réclame une part. Au sortir du musée d'anatomie, si nous portons les yeux sur le jardin de botanique, l'un des plus anciennement créés, nous trouvons que des échanges multipliés ont élevé à plus de cinq mille le nombre des plantes actuellement en culture.

« L'étude de la botanique est encore favorisée par un herbier d'Alsace, une collection de graines, et enfin par le nouveau catalogue, précédé d'une introduction historique, dans laquelle la plume élégante du professeur s'est délassée de l'aridité d'un travail tout de nomenclature[1].

« Mais les élèves de première année, pour tirer parti de ces richesses, avaient surtout besoin d'être dirigés. La Faculté s'est efforcée de remplir ce but, en priant le chef du conservatoire de chimie de surveiller les travaux de première année, et en mettant à sa disposition toutes les parties du matériel que réclame un enseignement particulier.

« Le succès a répondu à notre attente, et jamais, nous aimons à le proclamer, nous n'avons eu une série de premiers examens aussi satisfaisante.

« La réorganisation de l'École de pharmacie a offert à nos élèves une source d'instruction de plus; aussi, est-il permis d'affirmer, qu'après Paris, Strasbourg est, de toutes les villes de France, celle où l'on peut le mieux approfondir l'étude des sciences physiques et naturelles.

« Rien ne saurait mieux faire apprécier ces études, jugées parfois superflues par quelques esprits prévenus, que

[1] Ajoutons à ces moyens d'étude les herborisations qui se font en été, une fois par semaine, sous la direction du professeur. Les élèves peuvent, en outre, prendre part aux herborisations dirigées par le professeur de botanique à l'École de pharmacie, lesquelles se font également une fois par semaine.

(*Note des rédacteurs.*)

le développement apporté aux diverses branches de la médecine légale.

« Parmi elles, la toxicologie est devenue une science à part; aussi les hommes qui veillent à la direction des études en France, et parmi eux, nous nous plaisons à citer l'habile doyen de la Faculté de Paris, ont-ils doté notre enseignement d'un cours spécial de toxicologie. Les élèves ont pu y trouver des applications directes des sciences physiques, applications d'une utilité immédiate, puisqu'elles nous font découvrir la trace des poisons les plus subtils, et prêtent leur secours au magistrat chargé de poursuivre le plus perfide et le plus lâche de tous les crimes.

« Cette disjonction a permis au professeur de médecine légale de traiter avec plus d'étendue les matières importantes confiées à son enseignement. »

M. Coze, arrivant aux études cliniques, expose ensuite les améliorations importantes qui ont été réalisées dans ces dernières années: nous n'en parlerons pas, attendu qu'il en a déjà été fait mention dans ce journal.

Après ces deux discours, qui ont donné à la séance un intérêt que n'ont pas toujours ces sortes de solennités, le secrétaire de l'Académie a proclamé les noms des médecins cantonaux qui ont obtenu des prix de vaccine pour l'année 1835, ainsi que ceux des élèves qui ont remporté les prix de l'année scolaire écoulée.

MM. les docteurs Luroth, de Bischwiller, et Michel, de Bouxwiller, ont reçu, de M. le ministre du commerce, le premier, une médaille d'or; le second, une médaille d'argent, en récompense du zèle avec lequel ils se sont livrés à la propagation de la vaccine, pendant l'année 1834.

Les médecins cantonaux qui ont obtenu les prix de vac-

cine, fondés par le conseil général du département, sont : MM. SOLGER, de La Petite-Pierre; STEINBRENNER, de Drulingen; CONRAUSE, de Villé; RACK, de Benfeld; SCHILLING, de Brumath; LIEBERMANN, de Geispolsheim; HERING, de la Robertsau; HÉMERLÉ, de Lauterbourg; SADOUL, de Wœrth.

Les prix de la Faculté ont été décernés ainsi qu'il suit : *Anatomie pratique :* Prix, M. HENRY, de Maizières (Haute-Saône). — *Anatomie et physiologie :* Prix, M. HENRY; médaille d'encouragement, M. WILLIEN, de Thann (Haut-Rhin). — *Histoire naturelle médicale :* Prix, M. WURTZ, de Strasbourg; médaille d'encouragement, M. MICHEL, de Saar-Union (Bas-Rhin). — *Chirurgie :* Médailles d'encouragement, MM. RADAT, de Strasbourg, et HENRY. — *Médecine :* Médaille d'encouragement, M. SALATHÉ, de Niederbronn (Bas-Rhin). — *Accouchemens :* Prix pour les élèves sage-femmes, partagé entre les dames KÆHRLING, de Neuwiller; HEILIG, de Hœnheim, et DREICH, d'Uttenheim.

M. CH. BŒRSCH, de Strasbourg, a obtenu la médaille décernée à l'auteur de la meilleure thèse, soutenue pendant l'année scolaire (*Essai sur la mortalité à Strasbourg*, partie rétrospective). — La thèse de M. HIRTZ (*Recherches cliniques sur quelques points de diagnostic de la phthisie pulmonaire*), et celle de M. STAMM (*Recherches sur les causes qui influent sur l'affaiblissement de la vertu préservative de la vaccine*), ont été mentionnées honorablement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

1° *Neue Versuche über die Temperatur der kaltblütigen Thiere.* — *Nouveaux essais sur la température des animaux à sang froid,* par le docteur Berthold. (Gœttingue, 1835. In-8°; 86 p.) — Il résulte des nombreuses expériences du docteur Berthold, qu'on ne peut refuser aux animaux à sang froid la faculté de développer eux-mêmes une certaine quantité de calorique, faculté admise par la plupart des naturalistes, mais que MM. de Humboldt et Treviranus n'avaient pas su découvrir.

2° *Auserlesene Heilformeln,* etc. — *Choix de formules à l'usage des médecins praticiens,* par le professeur Radius. (Leipzig, 1836. In-12; 642 p.) — Ce formulaire contient 1833 formules, disposées par ordre alphabétique, de telle sorte qu'en cherchant un médicament, on trouve de suite les principales formes sous lesquelles on peut l'administrer.

3° *Die Entzündungen, beschrieben und durch Beispiele erläutert.* — *Les Inflammations, décrites et éclairées par des exemples;* par Michel Hager, professeur à l'université de Vienne. (Berlin, 1835. In-8°; 692 p.) — L'auteur ne traite dans ce livre que des inflammations purement chirurgicales. Il s'étend en particulier sur la syphilis, qu'il range aussi parmi les inflammations, et décrit en détail tous les traitemens employés jusqu'ici.

Observations de résections de la mâchoire inférieure, et considérations pratiques sur ces opérations, recueillies à la clinique chirurgicale de la Faculté de Strasbourg (M. Bégin, professeur) ; par Ch. A. Salathé, aide de clinique.

Bien que pratiquée depuis plusieurs années dans presque toute l'Europe, et suivie de succès sur un grand nombre de sujets, la résection de la mâchoire inférieure, introduite dans le domaine de l'art par le génie de Dupuytren, constitue cependant encore une opération assez rare et assez grave pour exciter l'intérêt des chirurgiens. Peut-être même tout n'a-t-il pas été dit jusqu'à présent sur les moyens qu'il convient d'employer pour prévenir ou combattre certains accidens qu'elle entraîne. Plusieurs cas de ce genre s'étant présentés depuis quelques mois à la clinique de la Faculté de Strasbourg, je vais essayer d'en retracer l'histoire, et en même temps de reproduire les développemens pratiques auxquels ils ont donné lieu.

PREMIÈRE OBSERVATION.

J*** W***, jeune fille de huit ans, fut reçue à la clinique le 15 mai 1836. Elle portait, au côté droit de la mâchoire inférieure, une tumeur fongo-cancéreuse, née du rebord alvéolaire, et offrant le volume d'un petit œuf de poule. La joue était fortement soulevée, la langue gênée dans ses mouvemens, et les dents opposées ne pouvaient être rapprochées. Depuis la dernière molaire jusqu'à la canine, l'os maxillaire inférieur servait à l'implantation de

la production morbide. Née huit mois auparavant, précédée de douleurs profondes, qui avaient nécessité l'extraction de deux dents, cette tumeur était inégale, de couleur rougeâtre, facilement saignante, de consistance fibreuse à son fond, quoique ramollie à sa surface. La malade y ressentait des douleurs tantôt obscures et tantôt lancinantes. Elle avait résisté à des topiques de tous les genres, à l'excision partielle, et à la cautérisation pratiquée au moyen des caustiques, dont l'action n'avait eu d'autre résultat que de rendre ses progrès plus rapides. La face externe de l'os était manifestement détruite dans presque toute sa hauteur; la face interne avait éprouvé une déperdition de substance un peu moindre, et le rebord inférieur semblait exempt d'altération. La santé générale était parfaite; la petite malade, douée d'un courage peu commun, réclamait avec instance l'emploi des moyens, quels qu'ils fussent, qu'on jugerait utile de mettre en usage pour la guérir.

Les caustiques, déjà essayés vainement, ne semblèrent pas, même précédés de l'enlèvement de la tumeur porté aussi loin que possible, à l'aide de l'instrument tranchant, devoir être suivis de succès. La cautérisation actuelle, à raison de l'étendue des parties à réduire en eschare, de la profondeur de leur situation, et de la difficulté de préserver les lèvres, les joues et la langue, de l'action du feu, ne pouvait être mise en usage qu'après l'incision des parties molles extérieures, et l'excision de la portion saillante de la tumeur. Mais alors convenait-il de conserver le rebord inférieur de l'os maxillaire? Était-on sûr d'atteindre, en agissant ainsi, aux racines du mal, et d'éviter toute reproduction? Plusieurs exemples, sans doute, attestent que des opérations de ce genre ont réussi; et M. Lalle-

mand en a publié un assez récent; mais d'autres observations attestent aussi que des reproductions ont nécessité des ablations secondaires. Il parut donc plus prudent d'enlever toute la portion altérée de l'os; l'expérience démontre d'ailleurs que pendant le jeune âge, les deux fragmens s'unissent alors par une substance osseuse intermédiaire, et que les dents, qui doivent se succéder, comblent en si grande partie, par leur écartement, le vide qu'a laissé la résection, que celle-ci n'entraîne, en définitive, presque aucune difformité.

La petite malade, à demi-couchée sur une table à opération, garnie de matelas et d'alèzes, M. Bégin, portant dans la bouche un bistouri droit aigu, en fit sortir la pointe à travers la joue, au devant du muscle masséter, et divisa, d'un trait rapide, cette partie, jusqu'à la commissure des lèvres. Les artères ouvertes ayant été immédiatement liées, le lambeau inférieur fut détaché et abaissé sur le cou; une légère section oblique en bas, pratiquée à l'angle postérieur de la plaie, permit de mettre la maladie entièrement à découvert. Un nouvel examen ayant alors été fait de l'os, l'avis unanime des assistans fut qu'on n'en pourrait conserver qu'une trop faible partie pour être utile, sans acquérir même la certitude de ne pas laisser quelque disposition à la reproduction. La résection dut dès lors être pratiquée. Les parties molles étant détachées en arrière de la face interne de la mâchoire, la scie à chaîne, entraînée par l'aiguille, dont une de ses extrémités était armée, servit à couper d'abord l'os en avant de son angle. La canine ébranlée fut extraite, et sur la place qu'elle laissait vide, la scie, introduite de la même manière, servit à pratiquer la seconde section. La portion altérée fut ensuite isolée et détachée sans obstacle.

Les artères divisées, durant ce dernier temps de l'opération, ayant été liées, et l'état sain des extrémités osseuses ne laissant aucun doute, le lambeau inférieur fut relevé, mis en rapport avec la lèvre supérieure de la plaie, et maintenu dans cette situation, à l'aide de plusieurs points de suture entortillée.

La jeune malade n'avait proféré presque aucune plainte; sa fermeté ne s'était pas démentie un instant. Reportée dans son lit, elle prit quelques gorgées d'une potion gommeuse avec addition de 6 gouttes de laudanum, et d'autant d'éther sulfurique. Le calme et le sommeil survinrent; aucun accident ne se manifesta, et le 15 juin elle sortit complétement guérie.

La cicatrice extérieure est à peine apparente, une substance osseuse déjà solide existe entre les fragmens; le menton un peu plus enfoncé qu'il ne l'était auparavant, n'est pas sensiblement écarté de la ligne médiane, et tout porte à penser que, par les progrès de l'âge, cette légère difformité achèvera de disparaître. J'ai eu l'occasion, il y a trois mois, de recevoir des nouvelles de cette jeune fille; sa guérison s'était maintenue.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Sch.*** (Joseph), âgé de cinquante-quatre ans, adonné depuis long-temps aux excès de boissons alcooliques, entra à la clinique le 1er juillet 1836, portant à la lèvre inférieure et au menton un énorme cancer.

Cet homme, qui n'avait jamais été malade, vit, il y a six ans, un tubercule s'élever à la partie moyenne de la lèvre inférieure. Une croûte, incessamment reproduite après qu'elle était enlevée, recouvrait un ulcère qui fixa gra-

duellement son attention. Cédant aux conseils d'un chirurgien, qui lui proposa de retrancher la petite tumeur, il subit cette légère opération, quatre ans après le début de la maladie. Aucun accident n'eut lieu; la guérison semblait devoir être complète, et le malade s'applaudissait de se trouver débarrassé, lorsque, un an plus tard, le cancer reparut. Après l'usage infructueux de topiques variés, de caustiques plus ou moins puissans, Sch.*** se soumit à une opération nouvelle, qui consista dans l'ablation totale de la lèvre inférieure. Mais le succès fut moins durable que la première fois, et telle a été la rapidité de la répullulation de la maladie, qu'en huit mois, le nouveau cancer acquit le développement considérable que nous lui reconnûmes.

Ce malheureux, à son entrée, offrait l'aspect suivant: Une tumeur du volume du poing, inégale, irrégulière dans son contour, remplace la lèvre inférieure et le menton. Elle est surmontée de saillies d'apparence fongueuse et creusée d'enfoncemens profonds. Son tissu est dur, rougeâtre, saignant avec facilité, et il s'en écoule une suppuration abondante, sanieuse, d'une odeur presque insupportable. Sa surface ulcérée s'étend, à gauche, au-dessus de la commissure des lèvres et près de l'aile du nez, à droite jusqu'à la joue; inférieurement, elle est circonscrite par une ligne courbe prolongée de l'un des deux points indiqués à l'autre, en passant un peu au-dessus de l'os hyoïde. La peau, à droite, est rouge et chaude jusqu'au rebord inférieur de l'os malaire, recouvrant un engorgement qui ne se termine qu'à la branche montante de l'os maxillaire, au niveau de l'apophyse coronoïde. A gauche, l'altération ne s'étend pas au-delà de la dernière molaire, et la peau de la joue conserve sa texture normale. On sent, à droite,

quelques ganglions lymphatiques sous-maxillaires, engorgés, douloureux et adhérens au périoste. Les parties placées à l'intérieur de l'arc osseux sont saines, excepté en avant, où la maladie a poussé sous la partie antérieure de la langue, des prolongemens peu considérables et faciles à circonscrire.

L'état général de Sch.*** est assez satisfaisant. Il conserve de l'embonpoint et de la vigueur; son appétit est bon, et les organes thoraciques, explorés à diverses reprises, ne présentent aucun signe de lésion dans leur structure. Un léger catarrhe bronchique, dû probablement à la respiration incessante des émanations fétides fournies par la tumeur, est la seule affection dont il se plaigne, et que l'on puisse reconnaître.

Le cancer dont cet homme était atteint, pouvait prendre place parmi les maladies de ce genre, les plus graves dont les fastes de la chirurgie conservent l'histoire. Si, du côté gauche, il ne s'étendait que jusqu'à l'angle de la mâchoire, à droite il envahissait une partie de la branche de cet os, et les instrumens pour l'enlever complétement, devaient être portés au-delà de l'apophyse coronoïde, sur le condyle maxillaire. L'énorme étendue de la destruction des tégumens et de la lèvre inférieure, de la joue et du cou, semblait former une seconde contre-indication à l'opération. Enfin, l'état de phlogose de la joue droite et le gonflement qui s'étendait jusque sous l'os malaire, paraissaient indiquer de ce côté une sorte de diffusion de la maladie, qui s'opposerait à ce qu'on atteignît facilement jusqu'à ses limites.

Et cependant cet homme, rempli de courage et de résolution, qui s'était déjà soumis deux fois à des opérations douloureuses, réclamait avec instance une ablation plus

complète de son mal. Fallait-il l'abandonner au désespoir qui le menaçait? En examinant avec attention les parties, il sembla que l'on pourrait, en détachant en bas et latéralement les tégumens du côté droit du cou, remonter une portion assez considérable de la lèvre correspondante de la plaie contre la section de la joue, de manière à combler presque entièrement la perte de substance de la face. La lèvre supérieure, échancrée à droite, par suite de la présence du bouton cancéreux qui l'occupait, pouvait être restaurée par une suture qui la rattacherait à la joue; enfin, les bords de la section cervicale vers l'hyoïde, semblaient devoir se prêter à un rapprochement latéral, qu'on faciliterait par leur dissection, et qui permettrait de rétrécir de beaucoup cette portion de la plaie. La toux sèche et assez fréquente qui avait lieu, fut attribuée à l'inspiration d'un air constamment chargé des émanations infectes et irritantes du cancer. M. Bégin a pu constater que dans les affections cancéreuses placées sur la route de l'air, cette toux existe assez souvent, sans altération des bronches et des poumons, et qu'elle se dissipe ensuite d'elle-même par l'ablation des parties affectées. La percussion non plus que l'auscultation n'ayant fait découvrir aucune anomalie dans la poitrine, il pensa que telle était, chez notre malade, la cause du phénomène qui nous occupe.

Avant de pratiquer l'opération, qu'il fut impossible de refuser aux sollicitations de Sch.***, on le soumit à l'usage de boissons gommeuses, à un régime doux, à des soins minutieux de propreté; le chlorure de chaux fut employé pour opérer la désinfection des surfaces cancéreuses et des appareils imprégnés de sanie; quelques bains furent prescrits, des sangsues furent appliquées à plusieurs reprises sur le côté droit du visage. Ces médications eurent pour

résultat de donner plus de calme et de régularité à toutes les fonctions, de rendre la toux presque nulle, de rétablir le sommeil, enfin de dissiper l'inflammation aiguë de la portion supérieure de la joue droite, et de rendre de ce côté les bornes du cancer aussi distinctes que dans le reste de sa circonférence.

L'opération fut alors fixée au 7 juillet. L'appareil instrumental se composa de bistouris convexes, droits et boutonnés, de ciseaux, de pinces à érigne, de pinces à ligatures, d'un ténaculum, de deux scies à chaîne, afin de remédier à la rupture possible de l'une d'elle. Quelques cautères étaient chauffés sur un réchaud placé dans une pièce voisine. On disposa pour le pansement des épingles, des fils cirés, des aiguilles, des emplâtres agglutinatifs, des linges fenêtrés enduits de cérat, des gâteaux de charpie, des compresses et des bandes.

Le plan de l'opération ayant été exposé, les aides choisis et leurs rôles distribués, le malade est couché sur une table convenablement garnie, la tête soulevée et appuyée contre des coussins. M. Bégin, placé à droite, divise d'abord la lèvre supérieure, en dedans du bouton cancéreux qui occupait sa commissure; puis, des environs de l'oreille droite, il conduit une incision presque transversale, qui se termine à l'angle supérieur de la section de la lèvre. Le cancer étant ainsi séparé en haut, et quelques artères ouvertes ayant été liées, l'opérateur faisant élever davantage la tête du sujet, et s'armant d'un bistouri convexe, circonscrit, à droite, les parties malades du cou par une incision qui, commencée à l'angle postérieur de la précédente, près de l'oreille, vient se terminer à l'hyoïde. La lèvre inférieure de cette plaie est aussitôt détachée en bas et en dehors, dans l'étendue de 2 pouces, afin de rendre

plus tard son élévation vers la joue plus facile. Passant ensuite du côté gauche, le chirurgien porte le bistouri sur la commissure de ce côté de la bouche, et cerne, par une incision qui suit ses contours, la partie gauche du cancer, en se terminant à l'hyoïde, de manière à former un angle aigu avec celle du côté opposé. Les tégumens sont ensuite abaissés par la dissection; et afin d'augmenter encore leur mobilité, l'angle médian de la plaie est incisé jusque vers le milieu du cartilage thyroïde, ce qui permet de former au cou deux lambeaux, analogues à ceux dont on fait usage dans la cheiloplastie, suivant le procédé indiqué par M. Lisfranc.

Ces premiers temps de l'opération furent à peine retardés par la ligature de quelques artères. Le bistouri droit porté à plat, est glissé du côté gauche contre la face interne de la branche de la mâchoire inférieure, un peu en avant de son angle, de manière à le faire pénétrer dans la bouche. L'incision servit ensuite à recevoir l'aiguille dont l'extrémité d'une scie à chaîne était armée; et cet instrument étant placé, on le fit agir avec les précautions généralement indiquées. L'absence de la dernière grosse molaire évita de faire l'extraction d'aucune dent. Revenant au côté droit, M. Bégin emporte d'abord une portion de tissu cellulaire, endurci et d'apparence suspecte, qui s'enfonçait sous l'os malaire; puis, faisant abaisser fortement la mâchoire inférieure, il divise, au moyen de ciseaux courbes sur le plat, l'attache inférieure du muscle temporal, à l'apophyse coronoïde. L'angle postérieur de la plaie extérieure fut remonté de 1 ½ pouce à peu près en haut, afin de permettre d'arriver au point de l'os qu'il s'agissait de scier. L'aiguille traînant après elle la scie à chaîne, fut ensuite portée avec précaution de dehors en

dedans, derrière le col maxillaire, et celui-ci ayant été divisé en quelques traits, il ne s'agit plus que d'achever la séparation de la tumeur d'avec les parties molles qui la retenaient encore.

Nous pûmes constater en cette occasion, de même que nous l'avions fait déjà sur la petite fille qui est le sujet de la précédente observation, les avantages incontestables de la scie à chaîne. Avec elle, ni le malade ni le chirurgien n'éprouvent de gêne ou d'embarras. Elle n'embrasse que les parties dont la section est indispensable, ne leur imprime que le moins d'ébranlement possible; et, à mesure qu'elle fait des progrès, elle s'éloigne des tissus ou des organes dont la lésion serait dangereuse. Aucune forme de scie, pas même la scie à Mollette, dont on a fait tant de bruit dans les derniers temps, n'offre à un égal degré la simplicité d'action unie à la sûreté. Nul doute que la scie à chaîne ne devienne de plus en plus usuelle en chirurgie, et qu'elle ne fasse bientôt partie de toutes les collections instrumentales des praticiens. Il importe, par conséquent, de se rendre son usage familier, et le grand art, pour la faire agir, consiste à tendre constamment toute sa longueur, à la promener, pour ainsi dire, sur l'os qu'elle doit diviser, sans trop appuyer, et surtout sans dévier les mains de la ligne du sillon qu'elle parcourt. L'anse que forme le ruban qu'elle représente, ne doit être ni trop fermée, ni trop élargie; ses mouvemens seront modérés et lents. Lorsque l'instrument s'arrête et refuse en quelque sorte d'avancer, le chirurgien doit le tirer en arrière, le dégager, et lui imprimer avant de le remettre en mouvement, une direction plus favorable. A l'aide de ces attentions, la scie à chaîne, non-seulement divise avec rapidité les os les plus solides, mais leur fait une section plus nette,

plus égale et plus lisse que la plupart des autres instrumèns du même genre.

Après la double division de l'os, la tumeur, abaissée vers le cou, fut successivement détachée à droite et à gauche, jusque près de la ligne médiane. Saisissant alors la langue avec les doigts garnis de linge, M. Bégin traversa sa face inférieure, d'un côté à l'autre, avec une aiguille courbe, et le fil qu'elle traînait après elle, ayant été confié à un aide, les muscles et les parties molles antérieures furent à leur tour divisés.

L'opération avait paru des plus simples; les divers temps qui la composèrent se succédèrent avec facilité, et si l'on n'eût interrompu l'action des instrumens pour saisir et lier les artères à mesure de leur section, elle n'eût guère duré plus long-temps qu'une amputation ordinaire. Le malade, qui d'ailleurs la supporta avec un grand courage, ne perdit que peu de sang; la surface de la plaie ayant été épongée avec soin, les plus faibles artérioles furent saisies avec les pinces ou le ténaculum, et oblitérées. En examinant les tissus divisés, quelques tubercules sous-muqueux, endurcis et saillans vers la cavité buccale furent remarqués à l'angle gauche de la plaie, et le chirurgien en pratiqua l'excision. Deux ou trois ganglions engorgés au cou furent enlevés; enfin, un cautère chauffé jusqu'au blanc, fut porté à droite, entre le lambeau facial et l'os maxillaire supérieur dans une assez grande étendue, et à gauche, à l'angle de la bouche sur le point d'où naissaient les tubercules dont il vient d'être question.

Rassuré sur la complète extirpation de la maladie, on crut devoir laisser au sujet quelques instans de repos, avant de procéder au pansement. Pendant ce temps l'aide chargé de maintenir la langue, ayant été distrait, cet

organe se porta en arrière avec force, et la respiration parut un instant suspendue. Cet accès de suffocation jeta parmi les spectateurs une vive alarme; les yeux du malade se renversèrent, son regard devint convulsif en même temps qu'il semblait s'éteindre, de légères secousses musculaires agitèrent ses membres; et tel était le trouble général, que l'aide, au lieu de tirer sur le fil afin de ramener la langue et de dégager la glotte, laissait les parties abandonnées à elles-mêmes et rétractées dans l'arrière-bouche. M. Bégin fit aussitôt cesser ce commencement d'asphyxie, dont la cause ne put lui échapper, et le calme reparut.

Le pansement consista : 1° dans la réunion d'une partie postérieure droite de la plaie du cou, avec le rebord correspondant de la section de la joue, à l'aide de quatre épingles et de la suture entortillée; 2° dans la suture à points séparés d'une grande partie de l'angle hyoïdien de la division; 3° enfin, dans le rapprochement du bord incisé de la lèvre supérieure avec la portion attenante de la joue droite. A l'aide de ces rapprochemens, la perte de substance, véritablement effrayante au premier abord, se trouva réduite de près des deux tiers. Le fil qui maintenait la langue en avant, fut fixé au point le plus élevé de la suture cervicale. Quelques bandes de sparadrap, passant du sommet de la tête vers la base de la langue, soulevaient les tégumens du cou, et soulageaient les parties réunies par les fils ou les épingles, de tiraillemens trop considérables. Des linges fenêtrés, enduits de cérat, furent étendus sur les diverses parties de la division, et quelques compresses, soutenues par un bandage convenable, qui maintenait la tête inclinée en avant sur la poitrine, complétèrent l'appareil.

Le malade reporté dans son lit, prit, sans trop de dif-

ficultés, plusieurs gorgées d'une potion, avec 12 gouttes d'éther sulfurique et autant de laudanum, dans 6 onces d'infusion légère, et convenablement édulcorée, de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger. La journée et la nuit suivante furent assez calmes, et Sch.***, qui, depuis long-temps, ne prenait que des alimens liquides, à l'aide d'un biberon, but d'abord assez facilement; mais le deuxième jour, lorsque l'inflammation s'empara des parties, la déglutition des liquides devint tellement laborieuse, qu'il fallut placer dans l'œsophage une sonde, dont le pavillon fut ramené par le nez, et qui servit à l'ingestion des tisanes, du bouillon, et plus tard, d'alimens de consistance molle qu'on jugea convenable d'administrer. L'affaiblissement nerveux qui suivit l'opération, fit graduellement place à une réaction modérée; le pouls s'éleva peu à peu et acquit de la fréquence; la bouche avait incessamment besoin d'être humectée; il se manifesta de la diarrhée, accompagnée de selles fétides. La bronchite n'augmenta pas sensiblement, et des boissons adoucissantes, des liquides mucilagineux, portés dans l'arrière-bouche à l'aide d'un pinceau, calmèrent les accès de toux qui survenaient de temps à autre. Les principaux symptômes inflammatoires avaient, au septième jour, perdu leur intensité; et dès le deuxième, un suintement salivaire et muqueux abondant s'était établi comme précurseur de la suppuration.

Les réunions, bien que faites avec beaucoup d'exactitude, et maintenues sans trop de tiraillement, n'avaient qu'imparfaitement réussi. Les trois premières aiguilles de la joue et les deux points de suture les plus élevés du cou divisèrent les tégumens, et permirent aux bords correspondans de la plaie de s'écarter. En s'insinuant de toutes parts sous les lambeaux, la salive, les liquides des collu-

toires et le pus s'opposèrent au recollement de leur base; de telle sorte que les douleurs éprouvées par le malade durant cette partie de l'opération, furent presque complètement perdues, et que M. Bégin regretta d'avoir cédé aux opinions proclamées avec tant de chaleur concernant la suture. Cette imperfection dans le résultat ne compromettait d'ailleurs nullement la vie du sujet, elle ne pouvait que rendre le travail de la guérison un peu plus laborieux et plus tardif.

L'état général de notre opéré devenait chaque jour plus satisfaisant; la sonde œsophagienne permettait une alimentation suffisante, au moyen de bouillons, de crèmes de riz, de panades légères, etc.; la langue, depuis la chute des points de suture, était fixée aux premières pièces de l'appareil placées autour du cou; on entrevoyait enfin, dans un avenir prochain, l'époque où la sonde deviendrait inutile, et où le progrès de la consolidation des diverses parties de la plaie ne laisserait plus de place à la moindre inquiétude.

Cependant, la respiration était parfois difficile; en renouvelant la sonde, elle avait une extrême tendance à pénétrer entre les bords de la glotte, et ce n'était qu'avec une certaine difficulté, en glissant le long d'un des côtés du pharynx, qu'on l'engageait dans l'œsophage. Soumis, le matin du onzième jour depuis l'opération, à l'examen le plus attentif, Sch.*** parut dans un état satisfaisant. Il avait dormi pendant la nuit; sa plaie offrait dans toutes ses parties l'aspect le plus favorable; son appétit se faisait sentir; il se livrait à la confiance et à l'espoir, lorsque, vers quatre heures du soir, cet homme est tout à coup atteint d'un accès de suffocation. Le chirurgien de garde le trouva la tête jetée en arrière, le visage livide, les lèvres bleuâtres, les yeux renversés dans les orbites, la respira-

tion haute, lente, suspirieuse, le pouls petit et concentré. Après avoir tenté quelques stimulations extérieures, il ôte la sonde, sans produire de soulagement. Le malade fait de continuels et vains efforts pour cracher et pour inspirer; l'orthopnée se dessine, le râle trachéal survient, et en moins de quatre heures, malgré les secours les plus empressés, les plus actifs, le sujet succomba à ces symptômes foudroyans.

Une mort aussi prompte, aussi peu prévue, à une époque où la cessation des accidens inflammatoires, la détersion de toutes les parties de la plaie, la chute des ligatures, le rapprochement des tissus divisés et le bon état des viscères semblaient promettre une guérison assez prochaine, excita vivement l'attention et les regrets du professeur et des élèves. Cet homme, nous dit M. Bégin, est mort asphyxié. Malade lui-même, notre professeur avait, par un hasard malheureux, passé la nuit à la campagne. Si j'avais été présent, ajouta-t-il, je n'aurais pas hésité à ouvrir le larynx, et à rétablir ainsi la respiration.

Jetant alors un coup d'œil rapide sur les diverses résections de la mâchoire inférieure, et sur les effets qu'elles entraînent, M. Bégin établit que dans le cas présent, l'asphyxie n'était pas due seulement au renversement de la langue en arrière, mais bien à un mouvement de bascule imprimé au larynx et à l'hyoïde. Tiré, dit-il, en arrière et en haut par les muscles stylo-hyoïdiens, ainsi que par les faisceaux postérieurs des digastriques, le corps de l'os hyoïde a été élevé. Ses branches s'étant abaissées, la glotte, au lieu de rester dirigée en haut, s'est trouvée inclinée en arrière, appliquée contre la sonde et contre la paroi postérieure du pharynx. La langue a partagé ce mouve-

ment, mais loin d'avoir fermé la glotte, elle conserve ses rapports normaux avec cette ouverture, et le système laryngo-lingual tout entier a changé de direction.

L'autopsie du cadavre fut faite vingt heures après la mort; l'état extérieur ne présentait rien de particulier. Afin de conserver parfaitement la disposition des organes pendant la vie, on avait laissé intacts les bandes et l'appareil que portait le sujet, et dont on fit la section, en place, devant les élèves. Une incision est pratiquée ensuite, du côté droit, le long du cou, de manière à pénétrer latéralement dans le pharynx et l'œsophage : les lèvres de la plaie étant écartées, on peut observer, sans leur imprimer le moindre mouvement, la situation des parties. Il fut évident pour tout le monde que la glotte, directement inclinée en arrière, trouvait dans la paroi postérieure du pharynx un opercule qui tendait à la fermer; que l'hyoïde, au lieu d'être horizontal, affectait une direction presque perpendiculaire, ses branches étant parallèles au plan prévertébral; enfin, que la langue, portée en arrière comme toutes ces parties, était en quelque façon pelotonnée sous le voile du palais. Les bords de la glotte étaient légèrement gonflés; un liquide spumeux, médiocrement abondant, occupait les bronches. Le poumon droit était engoué; les cavités droites du cœur contenaient beaucoup de sang. La membrane muqueuse de l'estomac semblait moins consistante que dans l'état normal, et offrait une injection pointillée, disposée par plaques. Les autres organes ne présentaient aucune altération appréciable.

A l'occasion de ce fait, M. Bégin rappelle ceux observés par MM. Lallemand, Magendie et Malgaigne, dans lesquels les malades ont été menacés ou frappés d'asphyxie, soit immédiatement après l'opération, soit un assez grand

nombre de jours plus tard. Les résections de la mâchoire inférieure présentent, dit-il, des degrés de gravité non-seulement proportionnés à l'étendue de l'os emportée, mais variables encore selon les parties de l'arc maxillaire sur lesquelles portent les instrumens. Lorsque l'ablation est bornée à la portion mentonnière, d'une canine ou d'une première petite molaire à celle du côté opposé, la langue conserve latéralement assez d'adhérences, à l'aide de la membrane muqueuse buccale, et l'hyoïde est assez solidement maintenu par les muscles mylo-hyoïdiens pour que le renversement du larynx, en arrière, soit peu à redouter. Si l'on n'attaque que l'un des côtés de la mâchoire, depuis la symphyse ou ses environs jusqu'à son angle et même au-delà, les parties du côté opposé suffiront pour maintenir la langue, l'os hyoïde et le larynx. Mais à mesure que la résection se rapproche davantage des branches, elle détruit plus complétement les moyens d'union de la langue, ainsi que de l'hyoïde en avant, et les abandonne d'une manière plus absolue à l'action de leurs muscles postérieurs. Et, lorsqu'enfin, la scie arrive sur les branches elles-mêmes, aux condyles, ou qu'on pénètre dans l'articulation, les constricteurs supérieurs du pharynx étant divisés, ce sac, abandonné en quelque sorte à lui-même en avant, tend à s'affaisser; d'où résulte une plus grande tendance encore au renversement de l'hyoïde et de la glotte, ainsi qu'une difficulté plus grande, ou même une impossibilité absolue, durant les premiers jours, d'exécuter la déglutition.

La langue, l'os hyoïde et le larynx peuvent être considérés comme faisant partie de la paroi antérieure du pharynx, lequel n'est maintenu béant que par les attaches de ces parties à l'arc maxillaire inférieur. Supprimez ces attaches, la cavité pharyngienne, affaissée d'avant en

arrière, disparaîtra en partie ou en totalité, et l'ingestion des alimens, aussi bien que la respiration de l'air, deviendront impossibles.

Si ces considérations sont fondées, quelque chose doit être ajouté aux préceptes des auteurs, relativement aux moyens de prévenir sûrement l'asphyxie, de maintenir le pharynx béant, et la glotte dans sa direction, après les grandes ablations de la mâchoire inférieure. Fixer la langue préalablement traversée à sa face inférieure, avec un fil d'or, d'argent ou de platine aux dents latérales des deux tronçons de l'os, est un conseil presque insignifiant. Si, en effet, la résection est faite assez près du menton, pour que les canines puissent servir à retenir la langue, celle-ci, n'ayant pas perdu toutes ses attaches, se maintiendra seule; et si la résection est portée plus loin, les dents qui restent, étant trop postérieures, ou toutes ces dents étant retranchées, le moyen, dont il s'agit, ne peut être employé. Attachez, dit-on, dans ces cas graves, la langue aux portions extérieures de l'appareil, et le but sera rempli. Mais qui ne voit qu'alors l'appareil, appliqué au devant des parties qui tendent à se porter en arrière, suivra leur mouvement avec d'autant plus de facilité qu'il les presse, et qu'il les pousse dans le sens où les contractions musculaires ne tendent déjà qu'avec trop d'énergie à les attirer? Remarquez d'ailleurs que, par l'ablation de la mâchoire inférieure, le larynx devient le point le plus saillant du cou, et que c'est sur lui que se portent tous les efforts, toutes les pressions des bandelettes agglutinatives, des sutures et des bandages. Fixer la langue à l'appareil contentif, placé sur la plaie, c'est donc la fixer à un point mobile, qui se porte naturellement dans le sens de déplacement qu'il s'agit d'empêcher, c'est en d'autres termes ne pas la fixer du tout, et

ne rien faire d'efficace pour prévenir l'accident que le chirurgien a tant à redouter.

Le fait que nous avions sous les yeux confirmait trop bien ces considérations pour qu'il pût rester, dans nos esprits, le moindre doute. Il y a plus, ajoute M. Bégin, après lès ablations de la mâchoire inférieure, lorsqu'une perte notable de substance a été faite à la région sus-hyoïdienne, tous les efforts de réunion, exercés d'un côté à l'autre, sont nuisibles. En rapprochant les bords latéraux de la plaie, ils agissent sur la peau du cou, comme le ferait un tailleur qui, voulant réparer la perte de substance faite à la manche d'un habit, mettrait en contact les bords de la déchirure : il ne le pourrait faire qu'en rétrécissant le canal formé par l'étoffe, en comprimant les parties qu'elle doit envelopper. Dans le cas présent, en agissant ainsi, on refoule vers le centre du cou, c'est-à-dire vers la colonne vertébrale, les parties mobiles de cette région, qui sont l'hyoïde, le larynx et la base de la langue.

Tout appareil de contention, tout procédé de suture, d'un côté à l'autre, est donc, après les ablations considérables de l'os maxillaire inférieur, manifestement nuisible. La fixation de la langue aux dents, lorsqu'elle est possible, reste à peu près sans objet, et son attache à l'appareil, après les opérations portées plus loin, n'est propre qu'à inspirer une sécurité décevante.

Si nous avions, Messieurs, dit M. Bégin en terminant cette leçon, à pratiquer une autre fois l'opération à laquelle le malade que nous venons de perdre semblait si bien devoir survivre, éclairés par l'expérience que l'observation attentive des faits peut seule étendre et perfectionner, nous agirions autrement, non dans le procédé instrumental, mais dans le mode de pansement.

Et d'abord, nous nous abstiendrions de toute dissection de lambeaux au cou, afin de combler la perte de substance faite aux joues; car les liquides buccaux et salivaires, en s'insinuant sous les plans cutanés, séparés de leurs connexions, maintiennent leur décollement, et s'opposent à la réunion de leurs bords mis en contact.

Si quelque chose pouvait être tenté pour remédier à de trop hideuses difformités, nous préférerions attendre, pour l'exécuter, l'époque où le sujet étant guéri, et les parties rapprochées par les cicatrices, autant que possible, le travail d'autoplastie serait rendu plus simple et plus facile.

Ainsi donc aucune réunion aux plaies, autre que celles qui peuvent être obtenues sans dissection et sans tiraillement marqué. La suture entortillée, d'ailleurs, devrait être employée de préférence à tout autre moyen.

La plaie de la région sus-hyoïdienne serait par nous laissée entièrement libre, béante; un linge fenêtré enduit de cérat, quelques plumasseaux de charpie, une ou deux compresses, et quelques tours de bande fort lâches la recouvriraient seuls, et fermeraient provisoirement le vide formé sous le menton par la perte de substances. Ce pansement simple, et nullement compressif, serait renouvelé aussi souvent que l'exigerait l'imbibition de l'appareil par les liquides salivaires ou par les boissons.

Si la langue semblait n'avoir pas besoin d'être maintenue, on l'abandonnerait à son propre poids, la laissant reposer sur l'appareil; et la tête du sujet, étant inclinée en avant, l'action par laquelle elle tend à descendre vers le sternum, à attirer sa base et à maintenir l'hyoïde et le larynx en place serait encore favorisée.

Mais dans le cas où l'ablation ayant été portée assez loin en arrière, la langue devrait absolument être fixée en

avant, afin de maintenir l'hyoïde et la glotte; ce ne serait ni sur les dents trop reculées alors, ou manquant entièrement, ni sur l'appareil que nous prendrions notre point d'appui. Un cercle métallique, partant de la nuque, contournant en avant la partie inférieure de la face, et représentant l'arc maxillaire, nous servirait à cet usage. Faisant partie de la tête, se mouvant avec elle, ne pouvant ni se porter en arrière, ni changer de rapports avec la charpente osseuse de la face, ce cercle, en tout analogue à la mâchoire enlevée, remplirait exactement le même office, relativement à la langue. Le lien, métallique ou autre, placé à travers la face inférieure de cet organe, et fixé au cercle, représenterait parfaitement les muscles génioglosses, remplirait le même office, et contrebalancerait aussi directement et aussi efficacement que possible, les muscles qui, des apophyses styloïdes et mastoïdes, vont se porter à la langue, à l'hyoïde et au pharynx.

Tout porte à penser qu'un système de pansement ainsi combiné préviendrait avec efficacité des accidens déplorables dont les exemples sont peut-être plus nombreux que les faits publiés ne l'indiquent jusqu'à présent.

Quant à la section du muscle temporal sur l'apophyse coronoïde, plusieurs chirurgiens, et spécialement M. Gensoul, l'avaient déjà pratiquée, afin d'arriver jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire. M. Bégin nous a fait seulement remarquer qu'alors même qu'il s'agirait de désarticuler la mâchoire inférieure, on ferait bien de commencer par couper son col au-dessus de l'apophyse coronoïde, puis d'enlever le corps de l'os, et la masse principale de la tumeur. On lierait les artères, ou maintiendrait la langue, et lorsque rien n'inquiéterait plus de ce côté, il serait facile de saisir, avec des pinces à érignes, ou, mieux,

avec les doigts, le tronçon restant du condyle, et de l'enlever. Il est évident que cette désarticulation secondaire, la plaie étant complétement dégagée, toutes les parties se présentant à découvert, pourrait avoir lieu sans faire courir le moindre danger d'ouvrir le tronc de l'artère temporale ou celui de la maxillaire interne. Et comme la scie à chaîne, ainsi que l'expérience vient de vous le démontrer peut être facilement placée autour du col maxillaire, pardessus l'apophyse coronoïde, sans atteindre les vaisseaux, la ligature préalable de la carotide, dans les cas de désarticulation de la mâchoire inférieure, deviendrait superflue. Ainsi se trouverait résolue, en faveur d'une simplification de la plus grande utilité, une question importante, et pour quelques personnes, encore indécise de la médecine opératoire.

Le retentissement de ces considérations commençait à peine à s'affaiblir lorsque l'occasion de les soumettre à l'épreuve de l'expérience se présenta dans notre clinique.

TROISIÈME OBSERVATION.

Résection de la mâchoire inférieure, depuis l'angle droit de cet os jusqu'à la deuxième molaire du côté gauche; menaces de repullulation du mal à gauche, résection portée au-delà de l'angle de ce côté. Guérison du malade.

André Al.***, âgé de soixante ans, cultivateur, entra à l'hôpital civil de Strasbourg le 6 août 1836. Cet homme, d'une constitution peu vigoureuse, d'un tempérament lymphatique et nerveux, affaibli encore par de longues souffrances, avait toujours joui d'une fort bonne santé, lorsque, il y a deux ans, il remarqua qu'un tubercule dur et médiocrement douloureux se développait dans sa lèvre

inférieure, un peu au-dessous du bord libre de cet organe. Six mois plus tard, le tubercule s'était converti en un ulcère peu étendu, presque complétement indolent, et qui fournissait une suppuration médiocre. Durant l'année qui s'écoula ensuite, cet homme fit usage d'une foule de remèdes empiriques, que chacun s'empressait de lui conseiller, et sous l'influence desquels l'érosion acquit graduellement la dimension d'une pièce de cinq francs. Des caustiques furent alors appliqués à diverses reprises sur la plaie, qui fit, sous leur influence, des progrès rapides et acquit des dimensions effrayantes. Dégoûté de tant de vains essais, cet homme se décida enfin à venir réclamer, dans la clinique de la Faculté, des secours plus éclairés et plus efficaces.

La partie inférieure du visage était alors complétement détruite, d'un côté à l'autre, depuis la commissure gauche des lèvres jusque vers le milieu de la joue droite, et de haut en bas depuis le bord libre de la lèvre inférieure jusque près de l'hyoïde. Dans toute cette étendue, les tissus naturels étaient remplacés par une surface grise, fongueuse, mamelonnée, saignant au moindre contact, incessamment recouverte par une sanie jaunâtre, séro-purulente, dont l'odeur infecte et pénétrante se faisait sentir au loin. Cette masse, creusée dans sa portion droite, par une excavation profonde et irrégulière, se confond avec le corps de la mâchoire, qui est encore surmontée de quelques dents, soulevées et vacillantes.

Les limites du cancer sont assez exactement bornées, excepté à droite, où la joue est, en arrière de la plaie ulcérée, médiocrement tuméfiée, chaude, rouge et douloureuse. La lèvre supérieure est saine; mais des deux côtés, des tubercules cancéreux, nés de la lèvre inférieure, et

franchissant les commissures, occupent sa face interne. La glande sous-maxillaire droite forme uue dureté bien circonscrite, appliquée à l'os et paraissant faire corps avec lui. Les ganglions lymphatiques du cou, ainsi que ceux des régions parotidiennes sont parfaitement libres d'engorgement. Bien que notablement affaibli par une affection aussi étendue et aussi ancienne, André ne présentait cependant aucun symptôme de lésion viscérale profonde. Auscultée et percutée à diverses reprises et par plusieurs personnes, sa poitrine semble parfaitement saine; et si de la toux existe, on doit l'attribuer, comme chez notre premier opéré, à la présence du cancer en avant des voies de la respiration. L'appétit a conservé son énergie; la circulation est normale; la peau, spécialement au visage, sans offrir la teinte rosée d'un homme bien portant, est cependant exempte de cette coloration terne ou jaune-paille qui atteste les ravages profonds opérés dans l'organisme par les inflammations chroniques.

Après quelques jours de préparation, durant lesquels des sangsues furent appliquées à diverses reprises sur le côté droit du cancer, afin de ramener la peau correspondante, ainsi que les parties sous-cutanées, à leur état normal; après avoir administré quelques bains, de légers laxatifs, et placé un cautère au bras gauche, l'opération, vivement désirée par le malade, fut résolue. Elle eut lieu le 19 septembre, et ne différa que peu de celle qui est l'objet de notre seconde observation.

Tout ayant été disposé comme pour le sujet précédent, et le malade étant convenablement placé et maintenu, le cancer est cerné, d'abord à droite, par une incision courbe qui, partant de la commissure, remonte en arrière vers l'oreille, puis redescend au cou jusqu'à l'hyoïde en sui-

vant à une certaine distance les limites de la maladie. Du côté gauche, l'incision put être presque directement abaissée en bas et en dedans, jusqu'à l'endroit où la première a cessé, sans avoir besoin d'entamer la joue. Le mal étant circonscrit de cette manière, et les artères étant liées, les parties molles furent détachées, à droite et à gauche, afin d'arriver aux parties saines de l'os. A droite, il fallut achever de fendre la joue jusqu'à l'angle maxillaire, et abaisser le lambeau inférieur vers le cou; à gauche l'extension des tissus permit d'éviter cette section nouvelle. A droite la scie devant être portée derrière l'angle de la mâchoire, aucune extraction de dents ne fut nécessaire; à gauche la première et la deuxième grosse molaire durent être enlevées.

Dans les deux opérations précédentes, et déjà auparavant, en pratiquant la résection des extrémités non consolidées d'une fracture de l'humérus, M. Bégin avait éprouvé une assez grande difficulté à introduire derrière les os l'aiguille conductrice de la scie à chaîne. Cette aiguille, longue, aiguë, inflexible, à courbure invariable, s'accommode mal à la disposition des parties : tantôt elle heurte contre les os, et tantôt elle embrasse trop de tissus mous dans son anse; sa pointe, dans les tâtonnemens alors inévitables, peut aisément léser les vaisseaux ou les nerfs du voisinage; enfin, lorsqu'elle est placée, on ne la retire qu'avec une certaine peine, parce qu'elle n'est pas parfaitement demi-circulaire, et la chaîne ne s'engage pas facilement dans la voie qu'elle a parcourue.

A cet instrument, M. Bégin substitua la sonde cannelée flexible, dépourvue de cul-de-sac et le stylet aiguillé. Une légère ponction faite sous la mâchoire, à l'endroit où la section devait être pratiquée, permit d'introduire la sonde qui glissa sur l'os, sépara la membrane muqueuse, et fut

reçue du côté de la bouche par le doigt indicateur de la main restée libre, tandis que l'autre continuait à la pousser. Sur la cannelure de cette sonde, dirigée vers l'os, fut glissé le stylet flexible, lequel entraînait une longue et forte anse de fil ciré; cette anse recevait elle-même le crochet de la scie à chaîne, qui fut ainsi placée sans la moindre hésitation et de la manière la plus simple, comme la plus rapide. Cette modification, dans le mode d'introduction d'un instrument, dont l'usage semble devoir s'étendre de plus en plus, devra être adoptée dans tous les cas, et permettra de supprimer de notre arsenal, la longue et grossière aiguille dont l'usage n'était ni commode, ni, dans certains cas, exempt de danger.

Les deux sections osseuses étant opérées, le chirurgien s'empara de la tumeur, l'inclina successivement à droite, à gauche et en bas, et la dégagea de ses adhérences internes, en les divisant de leurs parties postérieures et latérales vers la ligne médiane. Avant d'achever de la séparer, il traversa la face inférieure de la langue avec une aiguille armée d'un fil métallique, lequel fut confié à un aide, afin de maintenir l'organe étendu en avant et abaissé. La section fut alors terminée, et les artères ouvertes durant ce dernier temps de l'opération, recherchées avec soin et liées.

Parcourant ensuite, à l'aide de la vue, et principalement du toucher, toutes les parties de la plaie, M. Bégin retrancha successivement les tubercules placés au-dessus des commissures labiales, quelques portions endurcies et suspectes du tissu cellulaire, puis il porta, sur les points où les ablations venaient d'avoir lieu, un cautère incandescent, dans l'intention d'achever de détruire les dernières racines du mal. L'artère dentaire inférieure, ouverte

dans la branche gauche de la mâchoire, et fournissant un suintement abondant, dut être cautérisée d'une manière spéciale.

Quelques points de sutures, susceptibles d'être pratiqués sans tirailler les parties, rapprochèrent les bords de la portion droite, ainsi que de l'angle inférieur ou cervical de la plaie. Le reste de celle-ci est recouvert d'un linge fenêtré enduit de cérat, puis de plumasseaux de charpie et d'un bandage simplement contentif.

Un fil de laiton très-fort, recourbé en forme de cercle, fut placé au devant de la partie inférieure du visage. Ses extrémités s'entrecroisaient à la nuque, et y furent fixées, par quelques points d'aiguille, à une bande qui faisait le tour de la tête. Un cordonnet dont la partie moyenne appuyait sur le vertex, venait par ses deux chefs soutenir les parties latérales de ce cercle. Ce dernier d'ailleurs représentait fort bien la mâchoire inférieure, et le fil métallique traversant la face inférieure de la langue ayant été entortillé autour de sa partie moyenne, il fut manifeste que l'organe se trouvait fixé de la manière la plus solide et la moins gênante pour le malade. Quels que fussent les mouvemens de la tête, le cercle les suivait, et la langue ne pouvait éprouver ni tiraillement, ni rétraction. Contournant les parties au-dessous du niveau du plancher de la bouche, il n'apportait d'ailleurs aucun obstacle à l'administration des boissons ou à l'usage des collutoires dont le sujet eut besoin.

Une potion antispasmodique et calmante fut administrée au malade, et procura bientôt un calme salutaire. Le pouls acquit quelque fréquence vers le soir; mais la nuit fut bonne et la déglutition resta facile. Durant les jours suivans le malade ressentit de la céphalalgie; le pouls s'éleva

à 100 pulsations par minute, et une toux violente se manifesta. Celle-ci semblait déterminée par l'impression de l'air sur les parois buccales, et par l'action dessiccative qu'il y exerçait et qui se propageait jusqu'à l'arrière-bouche. L'attention de placer devant l'ouverture buccale un linge imbibé de décoction de guimauve, afin d'obliger le malade à respirer par le nez, et celle d'humecter fréquemment la langue et le palais avec un pinceau trempé dans de la décoction de guimauve miellée et laudanisée, contribua beaucoup à faire cesser ce symptôme dangereux. Il en fut de même du gonflement de la langue, qui devint rouge, tendue et douloureuse, mais que les moyens indiqués ramenèrent bientôt à l'état normal.

Aucun accident grave, d'ailleurs, ne survint; les selles furent constamment régulières, la céphalalgie ne présenta jamais d'intensité notable, et dès le troisième jour on put accorder au sujet quelques cuillerées de lait et de bouillon. La suppuration s'établit avec facilité, et lorsque, vers le huitième jour, il sembla que la langue commençait à contracter en bas des adhérences susceptibles de la retenir, M. Bégin relâcha le lien métallique et lui accorda plus de liberté. Deux jours après, ce lien fut coupé et le cercle de laiton, devenu inutile, fut enlevé.

Depuis lors le travail de la guérison marcha d'un pas rapide. Les diverses parties de la plaie se rapprochèrent, s'unirent sous la langue, et y reformèrent une sorte de plancher buccal, aussi étendu, aussi solide qu'on aurait pu l'obtenir par les sutures les plus laborieuses. Le malade se proposait de retourner dans sa famille, lorsque le tronçon restant du côté gauche de la mâchoire, donna des inquiétudes. Les gencives, la membrane muqueuse environnante et la portion contiguë de la cicatrice se boursou-

flèrent, formèrent des tubercules transparens, durs, insensibles, mais d'apparence lardacée. A l'apparition de ces désordres, à l'accroissement réel, quoique fort lent des tubercules, M. Bégin suspendit le départ d'André. Il ne voulut pas laisser cet homme sous le poids d'une récidive imminente, et une opération nouvelle fut résolue.

Le professeur la pratiqua le 19 novembre. Une incision fut faite, en plongeant le bistouri par la bouche, depuis le bord antérieur de la mâchoire inférieure jusqu'à la commissure buccale gauche. Le lambeau inférieur fut abaissé, l'angle maxillaire mis en évidence, et derrière lui la scie à chaîne fut conduite au moyen de la sonde et du stylet aiguillé. Après la section, la portion d'os fut aisément détachée, quelques portions suspectes de parties molles furent également retranchées, et la réunion immédiate de la plaie, à l'aide de quatre points de suture effaça si bien les traces de l'opération qu'il ne semblait pas qu'on eût touché au malade.

Depuis cette époque la guérison n'éprouva plus d'entraves; un mois après elle était aussi complète, et, en apparence au moins, aussi solide qu'on pouvait le désirer. Bien moindre qu'on avait pu le craindre au premier abord, la difformité d'André est palliée à l'aide d'un menton d'argent, qui reproduit la partie inférieure du visage, et auquel il parvient avec la langue à imprimer quelque mouvement. Il est enfin sorti de l'hôpital le 16 décembre, trois mois après la première opération et six semaines après la seconde. Nous avons eu, depuis lors, de ses nouvelles et sa guérison ne s'est pas jusqu'à présent démentie.

En sera-t-il toujours de même? Nous ne saurions l'affirmer. Aucun signe ne permet de distinguer, jusqu'à présent, les maladies cancéreuses qui doivent repulluler de

celles qui ne seront pas suivies de ce funeste résultat. Dans l'incertitude, le chirurgien est autorisé à opérer toutes les fois qu'il peut enlever la totalité du mal, et que l'état des organes intérieurs lui laisse l'espoir de réussir; car, en supposant que le mal doive renaître, l'état antérieur étant nécessairement mortel, tout l'intervalle de bonne santé qui s'écoulera entre l'opération et la récidive est un bienfait, dont on ne saurait, sans inhumanité, priver le sujet. Que sera-ce donc si la guérison doit être persévérante, et si de longues années sont ajoutées aux jours d'un père de famille?

Nous ne terminerons pas ces observations sans déplorer l'ignorance et l'incurie de la plupart des malades de la classe indigente, qui portent ainsi les affections les plus cruelles, sans réclamer des secours éclairés, et leur laissent faire des progrès, jusqu'à ce qu'elles deviennent à peu près au-dessus de tous les secours de l'art. N'est-il pas manifeste qu'opérés au début de leurs maladies, le sujet de la deuxième observation aurait probablement guéri, et que celui de la dernière aurait éprouvé de moindres mutilations, en même temps que l'avenir serait rempli de plus de sécurité? Quand les indigens de l'Alsace sauront-ils donc tous, que, grâce à la généreuse subvention votée par les conseils municipal et de département, les soins les plus attentifs, les procédés les plus rationnels et les plus efficaces de traitement leur sont offerts dans les salles les mieux disposées, et qu'ils ne peuvent être atteints de presqu'aucune maladie, sans qu'une administration, remplie de sollicitude, leur ait préparé d'avance les moyens de le soulager ou de le guérir?

Les points principaux de ce travail sont, indépendamment des observations en elles-mêmes :

1° Une appréciation plus exacte qu'on ne l'avait présentée jusqu'ici, des dispositions organiques qui favorisent ou déterminent l'asphyxie à la suite de la résection des diverses portions de la mâchoire inférieure;

2° Un procédé plus simple et plus sûr que les procédés ordinaires pour pratiquer la désarticulation de cet os;

3° Un mode de fixation de la langue en avant, entièrement invariable, et remplissant toutes les indications déduites de l'étude des causes de déplacement de cet organe;

4° Enfin, un procédé aussi facile que rapide pour placer la scie à chaîne au-dessous ou derrière les portions osseuses qu'elle doit diviser.

Mémoire et observations sur le choléra observé à l'hôpital de Saint-Mandrier, de Toulon (du 23 juin au 25 août 1835); par M. le docteur Ackerman, chirurgien-major de la marine française.

De toutes les maladies épidémiques, le choléra est, sans contredit, celle qui produit les effets moraux les plus fâcheux, tant sur la masse d'une population, que sur les médecins appelés, pour la première fois, à la traiter. Dans ces momens de calamité publique, il est heureux que l'homme de l'art ait assez d'empire sur lui-même pour conserver tout le sang-froid nécessaire en face d'un ennemi aussi hideux et aussi meurtrier.

Jeune encore dans la carrière médicale, pendant une lutte de trois ans contre les fièvres épidémiques, pernicieuses et typhoïdes de Madagascar, je m'habituai à ce triste spectacle de malades et de mourans. Cependant je fus parfois consterné par la promptitude avec laquelle la mort vint frapper quelques-uns de mes compagnons d'exil. Je ne connaissais alors le choléra que par tradition, et j'étais loin de m'attendre à faire sa rencontre lors de mon retour en France, en 1832.

Il y avait à peine deux mois que j'étais arrivé à Paris, lorsque l'épidémie éclata : j'offris mes services, ils furent acceptés; et, attaché au premier arrondissement, je donnai mes soins aux cholériques pendant toute la durée de l'épidémie.

J'observai, j'étudiai, je consultai toutes les opinions émises par nos grands maîtres de la capitale et les médecins étrangers les plus célèbres, et j'attendis qu'une nou-

velle circonstance me permit à mon tour d'exposer mes idées sur cette maladie.

Ce moment est venu : il est d'autant plus heureux pour moi, que c'est à mes chefs directs et aux circonstances que je le dois.

Chargé en chef du service de santé à l'hôpital Saint-Mandrier, je devais consciencieusement remplir la tâche glorieuse et pénible que me donnait ma position; et par cette raison, je tâcherai, dans ce Mémoire, de faire connaître si j'ai répondu dignement à la haute confiance qui m'a été accordée.

Sans m'arrêter à des considérations générales sur une maladie qui a exercé la sagacité et l'imagination d'une multitude de médecins, je me contenterai, après avoir dit quelques mots sur ses causes, d'en exposer les symptômes et le traitement; puis, je donnerai quelques observations qui serviront à mieux faire connaître le caractère de l'épidémie de Toulon.

Causes. — Les uns ont attribué la cause du choléra à une trop grande abondance de bile; d'autres, à une irritation nerveuse, soit du centre cérébro-spinal, soit des ganglions du grand sympathique; d'autres, enfin, à certains miasmes répandus dans l'atmosphère, etc.

Sans adopter d'une manière exclusive cette dernière hypothèse, elle me semble cependant l'une des plus rationnelles. En effet, il est évident qu'à l'époque de l'invasion, et pendant la durée du choléra, des phénomènes, parfois extraordinaires, se manifestent dans les variations atmosphériques, et portent sans doute leur effet sur tel ou tel point de l'économie, plus disposé à en recevoir l'action. On ne peut pas se dissimuler que la saison n'y soit aussi pour quelque chose; car, il est à remarquer que l'in-

vasion du choléra dans les différentes contrées de l'Europe a eu lieu depuis le mois d'avril jusqu'au mois de juillet, et qu'il existait des variations très-grandes de température, passant presque subitement d'un froid humide et d'un temps brumeux à un temps clair et très-chaud.

L'âge avancé, la constitution pléthorique, l'irritabilité nerveuse, un état maladif, la grossesse, etc., peuvent être considérés comme autant de causes prédisposantes.

Une autre cause importante, et qu'on ne saurait nier, c'est l'impression morale. Partout, en effet, on a vu la terreur qu'il inspire, être une des causes principales de ses ravages; partout, les personnes craintives et pusillanimes en ont été les premières victimes.

Symptômes. Une circonstance bien propre à rassurer toutes les personnes qui redoutent l'invasion de ce fléau, c'est que rarement la maladie se déclare sans être précédée d'une indisposition plus ou moins forte, généralement annoncée par un dérangement dans les fonctions de l'appareil gastro-intestinal. Ce dérangement se manifeste par une diarrhée plus ou moins abondante, dont la durée varie depuis quelques heures jusqu'à deux ou trois jours, rarement une semaine. Dans ce cas, la maladie est à un degré si faible, qu'on s'en inquiète généralement peu.

Plus tard, les phénomènes vraiment cholériques surviennent d'une manière brusque, subite, et souvent sans qu'ils soient provoqués par des causes apparentes. C'est ici que commence ce qu'on nomme généralement la période *algide;* cependant cette invasion est loin d'être toujours foudroyante. Les phénomènes de concentration sont presque toujours précédés d'autres symptômes moins graves, qui peuvent donner le temps de prévenir la période algide. Dans ce moment, nous trouvons encore de la cha-

leur; il existe une douleur à l'épigastre, avec diarrhée et vomissemens; céphalalgie; pouls plus ou moins développé, mais toujours bien sensible; peu d'agitation; les extrémités seulement commencent à perdre de leur calorique.

Si des secours ne sont pas administrés immédiatement, la maladie marche rapidement; des phénomènes nerveux, plus graves que les précédens, arrivent en foule: le froid, d'abord peu sensible, s'étend des extrémités vers le centre, envahit tout le corps, jusqu'à l'intérieur de la bouche; la langue est pâle; le malade éprouve des bourdonnemens d'oreilles, une diminution de l'ouïe, des éblouissemens; il répond assez juste aux questions qu'on lui fait; mais sa voix s'affaiblit progressivement, et finit par s'éteindre. Le pouls disparaît entièrement; les yeux s'enfoncent dans leurs orbites; les traits s'affaissent; des crampes douloureuses tourmentent le malade; les vomissemens n'ont plus lieu que par régurgitation, sans efforts, à la moindre ingestion de liquide, et même sans cette cause. Il existe un sentiment de chaleur brûlante à l'épigastre, sans que cette région soit toujours bien sensible à la pression. Les selles ressemblent à de l'eau de riz. La sécrétion urinaire est complétement suspendue. La soif devient intolérable, ainsi que l'agitation générale, à laquelle succède bientôt un affaissement des plus grands. La face, les membres, le tronc, d'abord pâles, deviennent violacés; la peau des pieds et des mains est macérée comme après une longue submersion; enfin, au bout de six, douze, dix-huit, vingt-quatre ou trente-six heures, la mort vient terminer les angoisses, d'autant plus terribles pour le malade, qu'il conserve, jusqu'à la fin, l'usage de ses facultés intellectuelles.

Dans certains cas, les symptômes gastriques sont moins prononcés; alors, c'est la masse encéphalique qui semble

être le principal siége de la maladie. Ainsi, lorsque les crampes, les vomissemens ont cessé, le malade tombe dans un état de stupeur qui annonce une congestion évidente du cerveau, toujours précédée du bourdonnement des oreilles, de la diminution de l'ouïe : souvent la mort arrive peu de temps après l'apparition de ces symptômes.

Il est encore une série de phénomènes qui peut faire supposer un autre point plus particulièrement atteint, c'est lorsqu'une douleur vive se fait sentir dans la masse des muscles sacro-lombaires et long dorsal ; alors, il y a sentiment de constriction de la poitrine, crampes très-fortes des membres inférieurs, et surtout des supérieurs.

D'après ces différentes séries de phénomènes, je serais porté à admettre la division du choléra en tri-splanchnique, cérébral et myélique, selon que la cause déterminante de cette affection agit primitivement, ainsi que le rapportent MM. Gaimard et Gérardin, ou concentre davantage son principe d'action sur le nerf tri-splanchnique, le cerveau ou la moelle épinière.

Cette division, établie par les médecins de Vienne surtout, est basée sur les changemens qu'éprouvent la calorification et la circulation, sur lesquelles ils répétèrent les expériences de Chossat, et reconnurent, comme ce physiologiste, que la calorification est sous la dépendance du système nerveux ganglionaire : 1° Qu'en faisant la section du grand sympathique au-dessus du plexus solaire, la chaleur diminue, et finit par s'éteindre ; 2° que les lésions de la moelle épinière produisent le même effet, mais à un moindre degré ; 3° enfin, que les lésions du cerveau ne sont jamais suivies de la perte de la chaleur animale.

On s'accorda donc à dire que le choléra tri-splanchnique se développait toujours en premier lieu, et régnait d'une

manière presque exclusive dans la première période de l'épidémie, connue sous le nom de *choléra algide bleu, asphyxique, foudroyant, spasmodique, asthénique*, etc.; celui, enfin, dont nous avons déterminé les signes, et qui ne serait que le second temps de la maladie, puisqu'il existe des symptômes cholériques d'une nature bien différente, moins graves, et qu'on peut considérer comme les phénomènes de la période d'invasion.

Si le malade a le bonheur d'échapper à la période algide, on a tout à redouter de la période de réaction. Ici, tout change de face: d'un état de spasme nerveux, la maladie prend, en peu de temps, le caractère inflammatoire, dont le siége principal est ou dans l'appareil digestif, ou dans la boîte crânienne. Le médecin doit être d'autant plus en garde contre ce nouvel état, qu'il enlève la majeure partie des malades, malgré tous les moyens curatifs, s'ils n'ont été administrés à temps.

Le pouls devient petit et fréquent, ou bien, lent et développé; la chaleur reparaît; les vomissemens et les selles diarrhéiques persistent encore, en s'accompagnant de hoquets, mais cessent bientôt.

Le caractère des selles change complétement, elles deviennent bilieuses, jaunes, vertes ou noires, plus ou moins liquides, mais toujours excessivement fétides, quelquefois elles sont muqueuses et sanguinolentes; souvent des vers sont rendus avec les matières fécales: j'en ai remarqué une espèce que je n'avais pas encore vue, et qui ressemblait aux larves de grosses mouches.

La sensibilité épigastrique est excessive, et s'étend souvent à l'abdomen; la langue, de pâle et froide qu'elle était, reprend de la chaleur, se colore sur ses bords ou à sa pointe, se recouvre d'un enduit muqueux, plus ou moins

jaune et épais, humide ou sec, suivant l'intensité de l'inflammation. Un phénomène bien singulier, que j'ai remarqué chez un des condamnés, était une coloration de la langue en vert de la plus belle couleur, et qui s'est maintenue pendant quarante-huit heures; elle a disparu, après avoir passé de nuances plus pâles au jaune foncé, et des différentes nuances de cette couleur au blanc. La conjonctive est ordinairement injectée, la face plus ou moins animée; les réponses lentes, embarrassées; en un mot, la maladie prend le caractère des affections typhoïdes.

Beaucoup de malades, comme nous l'avons dit, succombent à ces congestions cérébrales ou aux phlegmasies de l'appareil digestif. Nous avons réuni ces cas dans une colonne qui renferme les maladies diverses que nous considérons comme consécutives au choléra proprement dit.

Lorsque la maladie doit se terminer par la guérison, on voit les symptômes inflammatoires diminuer d'intensité et de gravité, et peu à peu la convalescence survient. Une chose extrêmement essentielle à observer dans cette dernière période, c'est un régime sévère et une grande circonspection dans la médication, qui doit être des plus simples. Le moindre écart de régime, la moindre excitation produit une nouvelle réaction, à laquelle le malade succombe presque toujours. Nous avons vu les impressions morales tristes produire le même effet; et plusieurs de nos malades ont été enlevés par l'une ou l'autre de ces causes de rechute.

Les terminaisons du choléra sont différentes, suivant qu'on observe la maladie dans ses diverses phases. Ainsi, dans la période d'invasion, si les secours sont donnés à temps, elle se termine, en général, par la guérison. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsqu'à ce premier temps

succède la période algide, la maladie a le plus ordinairement une issue funeste, ou bien la réaction survient; cette réaction peut se passer sans entraves, ou présenter, ce qui arrive le plus fréquemment, ces complications graves, et qui sont très-souvent mortelles, soit par elles-mêmes, soit par l'imprudence des malades.

Avant de passer au traitement, disons quelques mots sur le mode de propagation du choléra : Peut-on le considérer comme contagieux, ainsi que le veulent quelques praticiens? Je ne suis pas de cet avis. En effet, malgré les pertes que nous avons faites de plusieurs infirmiers, je ne puis reconnaître, comme cause de développement du choléra chez eux, le contact fréquent avec les malades. Sur 30 de ces hommes dévoués, nous en avons perdu 3, dont les forces physiques et les dispositions morales n'étaient certainement pas susceptibles de les faire succomber; mais un travail pénible de jour et de nuit, une exposition constante au foyer d'infection, à l'action des émanations fétides, sont certainement des motifs suffisans pour déterminer la maladie chez l'homme le moins prédisposé.

Traitement. Les phénomènes que la maladie présente au début ayant, sous plusieurs rapports, de l'analogie avec ceux qui surviennent pendant la réaction, le traitement devra aussi être analogue : nous en parlerons plus loin. Voyons ce qu'il y a à faire quand la période algide est arrivée. Les saignées générales et locales, quand elles sont encore pratiquables, sont souvent de nature à arrêter la marche de la maladie. Le sang, comme on sait, ne sort plus par jet, il coule en nappe, présente une couleur très-foncée, et ne paraît plus contenir de sérum. La chaleur du lit, l'usage des lavemens laudanisés, d'une boisson légèrement diaphorétique, et la tranquillité d'es-

prit, suffisent quelquefois pour suspendre la marche des accidens. Mais quand la période algide est confirmée, tous les médecins ont reconnu que la première indication à remplir est de rétablir la circulation suspendue; et c'est dans ce but qu'on a adopté une multitude de méthodes curatives que je ne chercherai pas à rappeler ici. Je n'ai pas eu à me louer du mode de traitement indiqué par les médecins de l'Inde. Les préparations d'opium, entre autres, administrées comme base essentielle du traitement du choléra algide, n'ont point justifié l'espoir qu'on en avait eu. Notre relevé nous fait connaître que tous ceux qui ont été traités par ce mode de médication, ont présenté à l'autopsie, outre l'affection gastro-intestinale, une congestion cérébrale des plus fortes. Il n'est point étonnant qu'en Russie, en Prusse et en Autriche, on ait proscrit ce mode de traitement (voy. les observ. 7e, 10e et 11e). La même observation s'applique aux excitans, soit fixes, soit diffusibles. Tous ces moyens, loin de produire un effet avantageux, doivent précipiter la marche de la maladie, parce que je ne les crois pas assez énergiques pour détruire le spasme nerveux, la concentration morbide, si l'on peut se servir de cette expression, et qu'ils ne peuvent qu'augmenter l'excitation organique, lorsqu'elle existe.

D'où vient que, dans l'Inde, on ait obtenu de si bons résultats de l'administration de l'opium, du camphre, de l'éther à haute dose, etc.; tandis qu'en Europe, on a été généralement obligé d'y renoncer? C'est, je pense, surtout à cause de la différence du climat, du genre de vie, des habitudes, etc., circonstances auxquelles on oublie souvent d'avoir égard.

J'ai mis plus de confiance dans l'emploi des vomitifs, et en particulier de l'ipécacuanha, dont un grand nombre

de praticiens ont eu à se louer. Je l'ai surtout trouvé utile lorsque l'algidité n'était pas encore portée jusqu'à la cyanose; alors je l'administrais à la dose de 12 à 36 grains, comme le faisaient les médecins de Vienne. J'en ai obtenu d'assez bons effets, comme on pourra le voir dans le tableau. Une chose digne de remarque, c'est que les hommes qui n'ont pas vomi, ou dont les vomissemens n'ont pas changé de caractère, ont tous succombé (observat. 8e et 9e); tandis que chez les autres, la réaction est survenue rapidement (observ. 1re, 2e, 3e et 4e). J'ai employé aussi le tartre stibié à la dose de 4 à 6 et 8 grains, dans une potion gommeuse de 6 onces, que l'on donnait par cuillerées : cet émétique ne m'a pas paru être aussi efficace que l'ipécacuanha.

En général, j'ai été avare de médicamens internes pendant cette période; je me contentais de faire prendre, en petite quantité, de légères infusions théiformes, ou une tisane d'orge gommée et acidulée, à laquelle j'ajoutais un peu de glace pour la rendre plus agréable. Je recommandais aux malades de boire le moins possible, et je trompais leur soif par de petits morceaux de glace, qu'on leur mettait de temps en temps dans la bouche. Quelquefois, pour hâter le retour de la circulation, je donnais, lorsque l'état des voies digestives le permettait, une légère décoction de quinquina, soit par la bouche, soit en lavement.

Quant au traitement externe, on enveloppait tous les malades dans des couvertures de laine; on pratiquait des frictions sur toute la surface du corps, avec de la flanelle imbibée d'un liniment ammoniacal; ces frictions faisaient ordinairement disparaître les crampes les plus violentes. On promenait en même temps des sinapismes chauds sur les extrémités. Des vases remplis d'eau chaude étaient pla-

cés sous les couvertures. Au lieu de bains, je faisais envelopper les malades dans des couvertures trempées dans une décoction bouillante de graines de lin, et je recouvrais le tout d'autres couvertures sèches. Je combattais la diarrhée par des quarts de lavemens amidonnés, répétés trois ou quatre fois par jour, avec 10 gouttes de laudanum.

J'ai dit, en parlant de la période d'invasion, que son traitement ressemblait beaucoup à celui de la période de réaction. En effet, les symptômes étant plutôt inflammatoires que nerveux, les moyens de traitement doivent être pris plutôt dans les anti-phlogistiques que dans les anti-spasmodiques. Il y a cette différence cependant, que, lors de l'invasion, les symptômes inflammatoires sont moins intenses que pendant la réaction. Ce traitement consiste dans les saignées générales ou locales, les bains, les fomentations, les boissons gommeuses adoucissantes, légèrement acidulées, les lavemens émolliens amidonnés, et une diète absolue. Quelquefois, on peut donner de légers toniques, tels que la décoction de quinquina gommée, soit par l'estomac, soit en lavement, lorsque le malade se trouve dans un état de prostration.

Les excitans extérieurs seront aussi entretenus avec avantage jusqu'à ce que la convalescence soit complète.

Je n'ai fait qu'ébaucher d'une manière extrêmement rapide les principaux traits de cette maladie, sur laquelle on a tant écrit, qu'il deviendrait inutile de s'y arrêter davantage. Il me reste, pour terminer ce faible travail, à donner quelques histoires particulières, qui serviront à mieux faire ressortir la différence des traitemens qui ont été adoptés.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Choléra algide, avec cyanose; traitement par le tartre stibié. Guérison.

Leroy, Constantin, âgé de cinquante-huit ans, entré le 7 juillet 1835, provenant de Saint-Mandrier, malade depuis le 6 au soir, fut reçu dans la période algide, avec cyanose: Crampes très-violentes; selles et vomissemens fréquens, de nature cholérique; pouls imperceptible; bourdonnement dans les oreilles; voix éteinte et sibilante; cyanose de la face et des mains. (Infusion de tilleul édulcorée; 4 quarts de lavemens amidonnés; 4 grains de tartre stibié; 2 demi-lavemens émolliens, avec 10 gouttes de laudanum; cataplasmes sinapisés aux extrémités; lavement, avec décoction de quinquina. — Le soir, diète.)

Le 8, au matin. La figure du malade a une bonne expression, le pouls a reparu, la chaleur s'est rétablie; 3 ou 4 selles pendant la nuit; pas de vomissemens; soif modérée; tête douloureuse, yeux injectés (infusion de tilleul; 2 demi-lavemens amidonnés; 2 onces d'huile de ricin en potion; pédiluves sinapisés; bouillon). — Dans la journée: Somnolence continuelle; pouls un peu fréquent; langue belle; conjonctives fortement injectées; 3 ou 4 selles après la potion d'huile de ricin.

Le 9. Même état de la tête; selles et vomissemens peu fréquens. (Orge acidulée; 2 demi-lavemens; pédiluves sinapisés.)

Le 11. La tête est libre; pas de vomissemens; selles moins fréquentes et moins liquides; langue rosée; pouls plus régulier. (Même traitement.)

Les jours suivans, le mieux se continue, jusqu'au 20 du même mois, époque de sa sortie de l'hôpital.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Choléra algide, avec cyanose; traitement par l'ipécacuanha. Guérison.

Paoli, François, âgé de trente-deux ans, entré le 7 juillet 1835, provenant de la goëlette *la Torche*, malade depuis le 6 au soir, fut reçu dans la période algide, avec cyanose: Crampes très-violentes; selles et vomissemens fréquens; froid des extrémités et de la langue; pouls presque imperceptible, cyanose commençante, doigts des mains bleuâtres; peau plissée; yeux caves, entourés d'une zône noirâtre, livide; bourdonnement dans les oreilles; voix éteinte et sibilante. (Infusion de tilleul édulcorée; 24 grains d'ipécacuanha en potion; 4 quarts de lavemens amidonnés et laudanisés; sinapismes aux extrémités; frictions avec le liniment ammoniacal.)

Le 8, au matin. La chaleur est revenue; le pouls est développé; la langue recouverte d'un enduit jaunâtre, rouge à la pointe et sur les bords; soif modérée; 2 selles depuis hier au soir; pas de vomissemens (infusion de tilleul; 2 demi-lavemens amidonnés et laudanisés; 1 once d'huile de ricin en potion). — Dans la journée: Tête douloureuse; langue recouverte d'un enduit jaunâtre et épais; somnolence continuelle; soif modérée; pouls assez bon, chaleur générale.

Le 9 : Somnolence continuelle; conjonctives injectées; pouls assez développé, mais lent; selles assez fréquentes; vomissemens rares. (Infusion de tilleul; 2 demi-lavemens,

avec 10 gouttes de laudanum; lavement, avec 8 grains de sulfate de quinine; 1 once d'acétate d'ammoniaque.)

Le 10. Les vomissemens sont suspendus; la tête paraît plus libre, plus dégagée; soif violente; 2 selles liquides dans la nuit du 9 au 10; quelques coliques légères; chaleur à la peau, pouls large et peu fréquent. (Orge acidulée; 2 demi-lavemens, avec 10 gouttes de laudanum; 1 demi-lavement, avec 8 grains de sulfate de quinine; 1 once d'acétate d'ammoniaque; 2 onces d'huile de ricin en potion; 12 sangsues aux tempes.)

Le 11. Le malade est dans un état général satisfaisant. (Orge acidulée; 2 demi-lavemens émolliens; fomentations émollientes abdominales; compresses d'oxycrat sur le front.)

A dater de ce jour, le malade a été de mieux en mieux jusqu'au 20 juillet, époque de sa sortie de l'hôpital.

TROISIÈME OBSERVATION.

Choléra algide, sans cyanose; traitement par le tartre stibié. Guérison.

Joubert, matelot, âgé de vingt-sept ans, entré à l'hôpital le 9 juillet 1835, provenant de la frégate *l'Iphigénie,* malade depuis le 8 dans la nuit: Crampes très-violentes; langue froide et pâle; extrémités froides; pouls sensible, mais petit et fréquent; soif vive; selles et vomissemens fréquens; voix éteinte et sibilante: pas de cyanose (infusion de tilleul édulcorée; 4 quarts de lavemens laudanisés; 4 grains de tartre stibié; liniment ammoniacal; sinapismes aux extrémités). Après la potion de tartre stibié, 1 seul vomissement; transpiration abondante et chaleur de tout le corps; crampes moins fréquentes et moins fortes. —

Dans la journée : Moiteur générale ; soif vive ; langue assez belle ; les vomissemens ont repris.

Le 10 : Somnolence ; les crampes ont disparu ; langue belle et chaude ; soif vive, borborygmes ; selles fréquentes et liquides ; chaleur générale ; pouls assez développé, mais fréquent : pas de vomissemens. (Orge acidulée ; 2 demi-lavemens émolliens ; 12 grains d'ipécacuanha ; bouillon.)

Le 11 : Pesanteur à la tête ; selles noires, fréquentes ; pouls fort et bien développé. (Orge acidulée ; 2 demi-lavemens émolliens ; pédiluves sinapisés ; soupe.)

Le 12 : Somnolence ; pouls développé ; selles assez consistantes ; langue assez belle. (Même traitement.)

Le 13 : Tête un peu lourde ; selles diarrhoïques. (Orge acidulée ; 2 demi-lavemens émolliens ; pédiluves simples ; soupe.)

Le 14. Le malade est beaucoup mieux ; ce bien-être continue les jours suivans, jusqu'au 22 juillet, époque de sa sortie de l'hôpital. (Le même traitement a été suivi pendant tout ce temps, à l'exception de quelques verres de quinquina gommé, sucré, qui ont été donnés pendant la convalescence.)

QUATRIÈME OBSERVATION.

Choléra algide, sans cyanose ; traitement par l'ipécacuanha. Guérison.

André, Charles, âgé de vingt-quatre ans, entré le 3 juillet 1835, provenant de Toulon, malade depuis le même jour, à cinq heures du matin, reçu dans la période algide, sans cyanose : Douleur épigastrique très-vive ; vomissemens et selles presque continuels, de nature cholérique ; langue pâle, humide et légèrement chaude ; froid

des extrémités; insensibilité du pouls radial; voix éteinte et sibilante. (Infusion de tilleul édulcorée; 2 demi-lavemens de décoction de pavots, avec 10 gouttes de laudanum; sinapismes aux membres inférieurs; moines; 24 grains d'ipécacuanha en potion.)

Le 4. Le malade est beaucoup mieux : Selles encore fréquentes; vomissemens répétés, mais la chaleur se fait sentir partout; le pouls est développé; la voix a repris son timbre naturel. (Orge acidulée; fomentations émollientes abdominales; 4 quarts de lavemens amidonnés; bouillon.)

Le 5. Le mieux se continue : Nuit bonne, sommeil; pas de selles, ni de vomissemens; pouls bien développé, mais fréquent. (Eau vineuse; 2 demi-lavemens émolliens; soupe.)

Le 6 Le pouls est encore fréquent, la peau chaude et sèche; du reste, rien de nouveau. (Même prescription.)

Le 7. Le malade est entré en convalescence jusqu'au 26 juillet, époque de son entier rétablissement et de sa sortie de l'hôpital. (Même traitement pendant le reste de son séjour à l'hôpital.)

CINQUIÈME OBSERVATION.

Fin de la période algide, sans cyanose; traitement par les opiacés. Guérison.

Boucher, âgé de quarante-huit ans, entré le 14 juillet 1835, provenant de Toulon, malade depuis plusieurs jours, reçu à la fin de la période algide, sans cyanose : Selles et vomissemens fréquens, de nature cholérique; pouls petit, à peine sensible; crampes dans les pieds; langue légèrement jaunâtre et peu chaude; douleurs abdo-

minales assez vives; froid aux extrémités; soif vive, et yeux caves, enfoncés. (Riz gommé, sucré; 4 quarts de lavemens laudanisés; fomentations émollientes sur l'abdomen; cataplasmes sinapisés aux jambes; potion, avec 10 gouttes de laudanum et 15 gouttes d'éther; décoction de quinquina gommé, sucré; demi-lavement, avec 1 once d'huile de ricin; diète.)

Le 15 : Vomissemens moins fréquens, pas de selles; soif moins vive; pouls plus développé; douleurs de l'abdomen moins fortes, sensibilité épigastrique; somnolence. (Riz gommé, sucré; 2 demi-lavemens émolliens et laudanisés; 1 once d'huile de ricin en potion. Julep le soir; bouillon.)

Le 16 : Encore quelques nausées, mais plus de vomissemens; urines abondantes et faciles; langue belle; pouls bon. Pas de selles depuis le 15; plus de douleur à l'abdomen, ni à l'épigastre. (Orge acidulée; 2 demi-lavemens avec 1 once d'huile d'olive chacun; fomentations émollientes abdominales. Julep le soir; soupe légère; orange.)

Le 17 : Presque plus de nausées. Le soir du même jour, elles ont disparu entièrement. A dater de ce moment, le malade est entré en convalescence jusqu'au 19, époque de sa sortie de l'hôpital. (Même traitement pendant le reste de son séjour à l'hôpital, moins l'huile de ricin et le julep.)

SIXIÈME OBSERVATION.

Période de réaction; traitement par les opiacés et les anti-phlogistiques. Guérison.

Larose, âgé de vingt-six ans, entré le 27 juin 1835, provenant de Toulon, malade depuis le 25 juin, reçu dans la période de réaction : Tête très-douloureuse; nausées et vomissemens; selles fréquentes; conjonctives injectées;

peau chaude; pouls assez développé; langue rosée et chaude (tisane de riz gommée, sucrée; 20 sangsues aux tempes; 2 demi-lavemens, avec 30 gouttes de laudanum). — Le soir, à sept heures : Pouls développé et résistant; agitation grande; soif vive; chaleur sèche; selles fréquentes. (Saignée du bras de 12 onces; 20 sangsues sur les parties latérales du cou; sinapismes aux jambes.)

Le 28 : Tête moins douloureuse; soif vive; langue rosée; pas de vomissement; 2 ou 3 selles dans la nuit; chaleur plus humide; pouls moins fréquent et moins résistant. (Tisane de riz gommée, sucrée; fomentations émollientes; cataplasmes sinapisés aux jambes; lotions froides sur la tête; diète.)

Le 29 : Sommeil bon pendant la nuit; tête peu ou point douloureuse; pas de selles, ni de vomissemens; soif modérée; chaleur naturelle; pouls bon. (Riz gommé, sucré; fomentations émollientes; 2 pédiluves sinapisés; 2 demi-lavemens, avec décoction de têtes de pavots.)

Le 30. Le mieux se soutient : pas de selles, ni de vomissemens. (Riz gommé, sucré; 2 demi-lavemens émolliens, avec décoction de têtes de pavots; pédiluves sinapisés. Le soir, même traitement, jusqu'au moment de sa sortie.)

La santé du malade s'améliore de jour en jour jusqu'au 6 juillet, époque de sa sortie de l'hôpital.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Choléra algide, avec cyanose; traitement par les opiacés. Mort en treize heures.

Chanteraud, condamné, âgé de quarante-six ans, entré le 23 juin 1835, à trois heures du soir, provenant de l'hôpital du bagne, dans la période algide, avec cyanose;

malade depuis le 23, à neuf heures du matin. Il avait eu, avant son arrivée à Saint-Mandrier, des selles, des vomissemens et des crampes.

Le 23, à son arrivée à Saint-Mandrier, il y avait stupeur, teinte violacée de la face et de la partie supérieure du tronc; il répondait avec peine aux questions et éprouvait de légères douleurs abdominales. Refroidissement général; cessation des vomissemens et des selles; langue froide et humide; respiration saccadée, aphonie; pouls insensible au bras, à peine sensible aux carotides; faciès profondément altéré, yeux enfoncés dans les orbites. Mort à onze heures du soir.

Il fut traité par l'infusion de tilleul sucrée, les sinapismes aux mollets; 1 lavement, avec 30 gouttes de laudanum; une potion, avec 15 gouttes d'éther et 25 gouttes de laudanum; enfin, des briques chaudes et des moines appliqués aux extrémités.

Autopsie : Teinte violacée de presque tout le corps; face grippée, yeux profondément enfoncés dans les orbites, pupilles contractées. Système veineux du cerveau gorgé de sang; lobes du cerveau adhérant fortement entre eux postérieurement, et offrant des plaques nacrées sur l'arachnoïde; épanchement de plusieurs cuillerées de sang noir, répondant à la voûte crânienne; sérosité rougeâtre dans les fosses occipitales inférieures; substance du cerveau et du cervelet parsemée d'une multitude de points rouges. Poumons et cœur sains; sang noir, épais et visqueux; quelques flocons de fibrine à l'origine des gros vaisseaux. Tout l'appareil digestif était distendu par des gaz; épiploons rosés; veines mésentériques gorgées de sang; l'estomac, plein de tisane, contenait quelques fragmens de gourganes : sa membrane muqueuse, ainsi que

celle de l'intestin grêle, offrait une teinte rosée; celle du colon était d'un rouge vif dans toute son étendue, ainsi que la séreuse. La plupart des ganglions du grand sympathique endurcis et d'une teinte assez foncée; le système nerveux semblait partager cet état pathologique par une teinte rosée, dont je ne puis cependant affirmer l'existence en raison du sang qui s'est épanché dans l'abdomen; matières fécales liquides, grumelées et infectes.

HUITIÈME OBSERVATION.

Choléra algide, avec cyanose; traitement par l'ipécacuanha. Mort en neuf heures.

Danès, condamné, âgé de trente et un ans, entré le 4 juillet 1835, à deux heures du matin, provenant de Saint-Mandrier, malade depuis plusieurs heures, reçu dans la période algide, avec cyanose: Crampes violentes; selles et vomissemens fréquens; langue froide, extrémités glacées; pouls imperceptible; cyanose de la face et des mains, dont les doigts sont bleuâtres et effilés; yeux caves, enfoncés, bordés d'un cercle livide; bourdonnemens d'oreilles; voix éteinte et sibilante. (Infusion de tilleul édulcorée; 2 demi-lavemens émolliens amidonnés et laudanisés; fomentations émollientes sur l'abdomen; frictions ammoniacales; 18 grains d'ipécacuanha en potion; sinapismes aux extrémités; lavement, avec séné et sulfate de soude; potion laudanisée et éthérée.) — Mort à onze heures et demie du matin.

Autopsie. L'estomac ne présentait aucune trace de phlogose; il était distendu par du gaz et des liquides abondans: on y voyait encore quelques fractions de substances alimentaires. Le duodénum offrait, répandus çà et là, des

points blancs, tuberculeux, d'une consistance prononcée. Ces phénomènes pathologiques étaient moins remarquables dans le reste de l'étendue du tube digestif, dont les villosités étaient si saillantes, qu'elles paraissaient comme imbriquées. Le jejunum offrait des traces d'une irritation assez vive : Engorgement du système veineux abdominal et des glandes mésentériques; veines caves remplies d'un sang couleur de lie de vin, d'une consistance épaisse et visqueuse; vessie contractée, absence totale d'urine.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Choléra algide, sans cyanose; traitement par le tartre stibié. Mort en dix-huit heures.

Renaud, condamné, âgé de trente ans, entré le 10 juillet 1835, à dix heures du matin, provenant de Toulon, malade depuis le 9 juillet, reçu dans la période algide, sans cyanose : Selles et vomissemens fréquens; langue légèrement chaude; pouls presque insensible; sentiment d'une constriction très-vive à l'épigastre; froid de la face et des extrémités; crampes violentes dans les membres inférieurs; selles fréquentes et rizées; bourdonnemens des oreilles; yeux caves et enfoncés. (Infusion de tilleul édulcorée; 4 quarts de lavemens laudanisés et amidonnés; 5 grains de tartre stibié en potion; frictions ammoniacales; sinapismes aux extrémités.) — Mort le 11 juillet, à quatre heures du matin.

Autopsie. L'estomac ne présente aucune trace de phlogose. Au pylore, on observe de petites aspérités jaunâtres, dures, confluentes, occupant la première portion du duodénum dans l'étendue de 4 à 5 pouces; le reste de l'intestin n'offre rien de particulier. Le gros intestin, à partir

du colon transverse, est comprimé, rétréci, de manière à permettre à peine l'introduction du petit doigt; et par suite de cette constriction toute particulière, la membrane muqueuse est plissée et comme imbriquée jusqu'au rectum inclusivement. Engorgement du système veineux abdominal, des glandes mésentériques et des ganglions semi-lunaires. Vessie contractée; absence totale d'urine.

DIXIÈME OBSERVATION.

Retour de la période algide, avec cyanose, après celle de réaction; traitement par les opiacés, les anti-phlogistiques et l'ipécacuanha. Mort.

Rozier, condamné, âgé de trente-trois ans, entré le 22 juin 1835, à dix heures du matin, provenant de l'hôpital du bagne, malade depuis plusieurs heures, reçu dans la période algide, avec cyanose: Céphalalgie, nausées, puis vomissemens de matières bilieuses; soif vive, chaleur, douleur très-prononcée à l'épigastre: tout le reste de l'abdomen est peu sensible à la pression; crampes dans les jambes (infusion de tilleul édulcorée; potion avec 20 gouttes de laudanum et 15 gouttes d'éther; lavement avec une décoction de têtes de pavots amidonnée; 20 sangsues à l'épigastre). — Le soir, les vomissemens continuent; 6 selles depuis la visite, jaunâtres, claires; pouls accéléré; sueur visqueuse à la poitrine; les urines ne coulent plus; faciès sans altération.

Le 23: Douleur épigastrique moindre, vomissemens muqueux, mais plus rares; selles liquides, toujours fréquentes. (Infusion de tilleul édulcorée; 15 sangsues à l'épigastre.)

Le 24: Tête lourde; épigastre sensible à la pression;

nausées et vomissemens; langue colorée en vert foncé; refroidissement de la peau; pouls fréquent et petit. (Orge nitrée; 2 demi-lavemens émolliens; bains; fomentations émollientes; cataplasmes sinapisés aux jambes; diète.)

Le 25: Abdomen indolent; vomissemens bilieux persistans; langue moins colorée; soif vive: pas d'urines, pas de selles depuis deux jours (infusion de tilleul édulcorée; 2 demi-lavemens avec 10 gouttes de laudanum; 15 sangsues à l'épigastre). — Le soir, les vomissemens ont diminué; mais la langue est sèche, froide; somnolence; pouls accéléré.

Le 26 : Stupeur; langue pâle et froide, glacée; plus de vomissemens depuis hier soir; aucune douleur nulle part; excrétion d'une petite quantité d'urine; 3 selles. (Diète; eau gommée édulcorée; frictions avec la glace; 18 grains d'ipécacuanha.)

Le soir : Refroidissement du tronc et des membres; pouls filiforme; stupeur profonde; 4 selles : il n'y pas eu de vomissemens. (Eau gommée; 1 demi-lavement avec 10 gouttes de laudanum; sinapismes aux jambes; vésicatoires aux cuisses; 28 sangsues sur le trajet des jugulaires.)

Le 27 : Stupeur prononcée; pupille contractée, insensible à la lumière (sinapismes chauds aux extrémités inférieures; 20 sangsues sur le trajet des jugulaires). — Refroidissement général; cyanose; le pouls disparaît insensiblement. Mort à midi.

Autopsie: Amaigrissement médiocre de la face et du corps; quelques ecchymoses aux membres supérieurs; veines superficielles du corps très-apparentes et gorgées de sang. Rougeur et injection des méninges; consistance remarquable de la substance cérébrale, qui présente, par l'incision, une surface pointillée de rouge; les ventricules

cérébraux ne renferment pas de sérosité; le crâne et le canal rachidien ont laissé échapper de 16 à 18 onces d'un sang liquide, épais, noir et légèrement visqueux. Viscères de la poitrine sains; cavités droites du cœur distendues par une grande quantité de sang noir. Rougeur et injection remarquables du grand épiploon et de tout le péritoine en général; sécheresse du tissu cellulaire sous-péritonéal; engorgement des veines abdominales; rougeur remarquable de la muqueuse gastro-intestinale; engorgement des ganglions mésentériques.

ONZIÈME OBSERVATION.

Rechute de choléra; période algide, suivie de cyanose, traitée par les opiacés. Mort en seize heures.

Boutillier, condamné, âgé de trente ans, entré le 23 juin 1835, à dix heures du matin, dans la période de réaction, malade depuis le 22 au matin : Soif vive; langue pâle; point de nausées; chaleur naturelle; pouls peu fréquent; 4 selles liquides depuis ce matin. Des sangsues appliquées à l'épigastre ont fait disparaître une douleur dont il se plaignait. (Potion anti-spasmodique; eau de tilleul édulcorée; diète.)

Le 23 : Pas de nausées, ni de vomissemens; aucune douleur; pas de selles; chaleur modérée; sommeil bon. (Bouillon, infusion de tilleul édulcorée.)

Les 24 et 25 : État très-satisfaisant; appétit. (Quart; tisane d'orge acidulée.)

Le 26, à cinq heures du soir : Langue pâle; vomissemens; 4 à 5 selles liquides; soif; douleur contusive des membres; pouls petit et fréquent. (Eau sucrée froide; 2 demi-lavemens avec 30 gouttes de laudanum.)

Le 27 : Douleur vive à la base de la poitrine; respiration gênée; vomissemens fréquens; crampes très-douloureuses durant la nuit; langue pâle, humide; soif vive (diète; infusion de tilleul avec 30 gouttes de laudanum; cataplasmes sinapisés aux jambes et aux avant-bras; grand bain; potion éthérée et laudanisée; glace). — Peu d'heures après la visite, altération profonde du faciès; enfoncement du globe de l'œil; refroidissement rapide des extrémités; le pouls se déprime; selles liquides et fréquentes.

De neuf à dix heures du matin : Respiration saccadée, courte, fréquente; dilatation des pupilles; refroidissement général; insensibilité du pouls radial; cyanose. Mort.

Autopsie. Amaigrissement remarquable de la face; enfoncement du globe de l'œil; cyanose; faciès cholérique parfaitement caractérisé. Substance cérébrale de consistance ordinaire, piquetée de rouge; ventricules latéraux renfermant une assez grande quantité de sérosité; injection remarquable des méninges. Viscères de la poitrine parfaitement sains; cavités droites du cœur gorgées de sang noir. Engorgement du système veineux abdominal; suffusion sanguine assez étendue dans l'arrière-cavité des épiploons, et entre les deux feuillets du mésocolon transverse; rougeur, sécheresse et arborisation du péritoine et du grand épiploon; rougeur prononcée, de plusieurs pouces d'étendue, à la muqueuse de l'estomac, vers la grande courbure, près du pylore et se continuant dans le duodénum.

Considérations sur l'estimation des médicamens par gouttes; par Adolphe Heydenreich, pharmacien à Strasbourg.

Rien n'est plus commun dans la pratique médicale que de voir prescrire, par gouttes, certains médicamens dans les formules magistrales; il est même rare que de petites doses de liquide se prescrivent autrement, aussi bien dans les officines qu'auprès du lit du malade. On sait aussi que les médicamens ordonnés en petites doses sont ordinairement ceux qui sont les plus actifs, et qu'il importe, par conséquent, que leur poids soit exact; et cependant, en considérant bien la chose, rien ne l'est moins que l'estimation de ces petites quantités. En effet, quand le pharmacien prépare une potion, il pèse exactement le sirop et le véhicule; tandis que le médicament principal, qui serait, par exemple, 1 scrupule de laudanum ou de teinture de digitale, est ajouté par gouttes; et pour avoir ce poids, les médecins prescrivent très-souvent 20, 24, 30 et 36 gouttes[1], par la raison que les uns croient que 1 goutte pèse 1 grain, tandis que d'autres y comptent 1 ½ grain; mais si l'on pesait chaque fois les gouttes qui tombent des goulots des flacons, on trouverait que fort souvent 1 scrupule de liquide ne renferme ni 20, ni 30 gouttes, mais bien 50 à 60, ou d'autres fois seulement 16 à 18. Il est donc utile, et même urgent, de mettre un peu d'ordre dans cette manière de prescrire, et de tâcher de trouver un moyen par lequel nous puissions évaluer, plus exacte-

[1] Cela varie suivant les grains français ou allemands.

ment qu'on ne l'a fait jusqu'ici, le nombre de gouttes contenues dans un liquide quelconque.

On avait admis anciennement que le poids approximatif d'une goutte d'eau, de moyenne grandeur, était de 1 grain, et celui de 3 gouttes de teinture ou de liquide alcoolique, de 2 grains; mais leur poids peut varier suivant les circonstances. En effet, la grandeur des gouttes d'un liquide sera, en raison de sa pesanteur spécifique, de sa plus ou moins grande fluidité ou viscosité, de la température, de la grandeur du vase duquel les gouttes tombent, du plus ou moins grand diamètre de l'ouverture et de la longueur du col, de son rebord plus ou moins épais, plus ou moins égal, de la mouillure de la rigole que produisent les gouttes en tombant, du plus ou moins de célérité qu'on met à les faire tomber, de la sortie saccadée qui la produit quelquefois par le mouvement du liquide dans l'intérieur du vase, etc.

La différence de la grandeur des gouttes produites par toutes les circonstances que je viens d'énumérer, peut, quelquefois, aller jusqu'à doubler et tripler leur poids, ce qui se produit quand le vase a une très-large ouverture, un rebord arrondi et très-épais; ou les rendre extrêmement petites, par exemple, quand la mouillure du rebord n'est que très-étroite : c'est ce qui arrive quelquefois avec les solutions d'extraits, où il faut souvent 4, 5 et 6 gouttes pour faire 1 grain. Cette dernière inexactitude est à prévenir, en mouillant bien toute la largeur du col du vase au moyen du bouchon, comme cela doit se pratiquer toutes les fois qu'on compte des gouttes; d'autres fois, cependant, la mouillure se fait si bien d'elle-même (par exemple pour l'alcool, l'éther, l'essence de térébenthine), que les gouttes en deviennent très-grandes; car la gran-

deur des gouttes dépend en grande partie de l'étendue de leur base, c'est-à-dire du point où elles sont encore attachées aux parois du vase. Pour éviter la sortie saccadée du liquide, qui fait, par exemple, que de 6 gouttes, qui tombent presque à la fois, la première sera très-grande, et la dernière très-petite, le liquide ne doit pas être mis en mouvement; il faut empêcher particulièrement celui qui se fait du fond du vase vers son ouverture; c'est aussi la raison pour laquelle on préfère les fioles à col court à celles qui ont le col long, pour en faire tomber les gouttes. Mais malgré toutes ces précautions, il existe encore tant de causes d'inexactitude, inhérentes aux liquides eux-mêmes, qu'il sera impossible d'arriver à un résultat, quelque peu satisfaisant, par la voie ordinaire.

Il est vrai que quelques auteurs ont conseillé la dilution des médicamens qu'on ne prescrit qu'à petite dose, soit au moyen de l'eau, soit au moyen de l'alcool, afin de donner plus de volume et de poids au liquide, et de multiplier ainsi le nombre des gouttes, ou de pouvoir se servir alors des balances pour estimer les quantités. Ce mode a ses grands avantages, toutes les fois qu'il s'agit de déterminer des fractions de goutte, ou quand la différence de 1 goutte de plus ou de moins est d'une certaine mportance; mais autrement, si l'on ne veut que faire de 6 gouttes 48, on s'expose très-bien à multiplier l'erreur si la totalité des gouttes n'a pas la grandeur voulue; et, quant à la balance, dans la plupart des cas, elle n'ajoutera pas beaucoup à l'exactitude, à moins que le médicament ne soit un grand nombre de fois délayé pour former un poids assez lourd, et en voici la raison : Comme l'on a besoin de vases pour tous les liquides qu'on pèse, il faut naturellement une balance à tarer, et comme ces balances

sont ordinairement d'une grande taille, afin de pouvoir y peser des charges qui vont souvent jusqu'à 1 ou 2 livres, elles deviennent facilement assez paresseuses pour ne plus laisser apprécier exactement la différence de quelques grains. Ce fait est si bien avéré, que les pharmaciens, pour la plus grande exactitude, se servent de l'énumération des gouttes pour les liquides prescrits au-dessous de ½ gros à 2 scrupules; mais que ceci n'empêche pas le médecin de déterminer les médicamens liquides par le poids, plutôt que par le nombre des gouttes; il ne devrait même jamais prescrire que par pondération; car le pharmacien étant plus au fait de la corrélation qui existe entre le poids des liquides et le nombre de gouttes qui servent à le remplacer, il fera toujours beaucoup plus exactement cette transmutation que le médecin ne pourra l'indiquer. Bien plus, le pharmacien sera fort souvent embarrassé de pénétrer les intentions du médecin, si celui-ci prescrit par gouttes; car il lui sera très-difficile de savoir quel poids le médecin a voulu représenter.

A toutes ces considérations sur la dilution, il s'en joint une autre, qui est tirée de la thérapeutique: c'est que l'alcool est quelquefois contre-indiqué comme délayant, parce qu'il a une action propre assez énergique, souvent en opposition avec celle du médicament qu'il sert à délayer. Je citerai pour exemple l'alcool avec l'acide hydrocyanique; ce dernier corps produit une dépression très-forte sur le système nerveux, tandis que l'alcool commence par l'exciter. Et que de fois n'est-on pas obligé, pour la même raison, d'exclure les teintures des formules? On est donc bien souvent réduit à l'eau; et celle-ci, à son tour, ne peut pas toujours servir de délayant, par la raison qu'elle produit quelquefois des décompositions ou des

précipités, par exemple, avec les teintures résineuses, la teinture d'iode, etc.

Il existe un seul moyen pour arriver à une exactitude assez satisfaisante dans l'énumération des gouttes, c'est de se servir d'une pipette. Cet instrument consiste en un tube de verre droit, effilé, qui, dans ce cas, a besoin d'une effilure assez longue pour qu'on puisse arriver jusqu'au fond des vases; à la partie supérieure, le tube est soufflé en boule (ce qui n'est pas même nécessaire si le tube est d'un assez fort calibre), et se termine par une cassure nette. On coupe l'effilure de manière à ce qu'elle soit bien égale, et qu'elle ait au moins ⅓ de ligne de diamètre, afin que les gouttes ne soient pas trop petites. On remplit cet instrument de chaque liquide qu'on veut estimer sous forme de gouttes, à peu près à la même hauteur; et l'on voit combien il en faut chaque fois pour faire un poids quelconque, 1 gros par exemple; on reçoit les gouttes dans un verre de montre, placé sur une petite balance, bien sensible, et pour les liquides très-volatils, dans une petite fiole. Dans cette opération, il faut tenir la pipette verticalement, bien fixer le bras, de manière à ne pas trembler, boucher du doigt l'ouverture supérieure, et laisser sortir les gouttes une à une et régulièrement, afin qu'il en tombe à peu près 180 par minute. Ces détails peuvent paraître minutieux; mais quiconque sait, par expérience, combien il est difficile d'obtenir des gouttes de grandeur égale, ne les trouvera certes pas superflus. Quant à la pression atmosphérique et à la température, elles peuvent être négligées, pourvu que cette dernière ne s'élève ni ne s'abaisse beaucoup au-dessus ou au-dessous de la température ordinaire.

Après avoir passé en revue, avec les précautions énu-

mérées, les principaux médicamens liquides, on en dresse une table, renfermant les résultats obtenus pour chaque corps, qui sert alors de guide au pharmacien dans ses opérations. La table qui va suivre en offre un exemple. Je dirai seulement que pour chaque pipette il faut dresser une nouvelle table, à moins qu'on ne se confectionne des pipettes absolument du même calibre.

Table du nombre de gouttes, de différens liquides médicamenteux, nécessaires pour former le poids de ½ gros à 1 scrupule.

Noms des substances.	½ gros renferme	1 scrupule renferme
Eau distillée.	50 gouttes.	34 gouttes.
Eau d'amandes amères (*Cod.*)	74 —	50 —
Eau de laurier-cerise (*Codex*)	74 —	50 —
Acide acétique concentré . .	90 —	60 —
Acide nitrique concentré . .	56 —	38 —
Acide hydro-chlorique *id*. . .	52 —	35 —
Acide phosphorique (délayé de la ph. de Prusse)	44 —	30 —
Acide sulfurique concentré .	64 —	42 —
Acide sulfurique délayé (1 p. et 5 p.)	44 —	30 —
Acide sulfurique alcoolisé (1 p. acid., 2 p. alcool.). . . .	116 —	78 —
Alcool à 36° . . . . Éther acétique . . . . Éther nitrique alcoolisé . .	150 —	100 —
Éther sulfurique	218 —	146 —
Éther sulfurique alcoolisé (liqueur anodine) . . . . Éther sulfurique alcoolisé martial	150 —	100 —
Ammoniaque caustique à 22°	50 —	33 —
Sous-acétate de plomb liquide	44 —	30 —
Esprit de corne de cerf. . . .	46 —	31 —

Noms des substances.	½ gros renferme	1 scrupule renferme
Esprit de corne de cerf succ.	52 gouttes.	35 gouttes.
Teinture éthérée de valér. / Teinture éthérée de castor.	150 —	100 —
Teinture éthérée de digitale.	130 —	88 —
Teinture de digitale . . . . / Teinture d'aconit. . . . . . / Teinture de belladone . . . / Teinture de stramonium . / Teinture de valériane . . .	120 —	80 —
Teinture d'opium simple. . .	104 —	70 —
Teinture d'opium safranée. .	80 —	54 —
Teinture de castoréum. . . .	130 —	88 —
Teinture de gaïac ammoniac.	116 —	78 —
Teinture d'iode.	150 —	100 —
Teinture d'hydriodate de potasse iodurée	44 —	30 —
Esprit de sel ammoniac anisé	140 —	94[1] —

Les faits que cette table nous révèle sont assez patens pour ne pas avoir besoin de longs commentaires. En effet, nous voyons que la même ouverture, placée autant que possible dans les mêmes circonstances, laisse échapper 50 gouttes d'eau pour former ½ gros, tandis qu'il en faut 218 d'éther sulfurique, 150 de teinture de valériane éthérée, 140 de teinture de digitale, 104 de teinture d'opium simple, et 44 seulement d'extrait de saturne, toujours pour former le même poids; cela prouve bien assez que quand le médecin prescrit un médicament par gouttes, il ne sait jamais la quantité, même approximative, qu'il

[1] Pour chaque estimation, on a fait trois essais; la différence dans ces essais n'a jamais été de plus de 1 à 4 gouttes, rarement même elle a atteint ce dernier nombre. Les nombres indiqués dans la colonne sont ordinairement la moyenne des trois essais; cependant pour faciliter les sous-divisions, nous avons quelquefois compté 1 goutte de plus ou de moins que la moyenne.

donne, et que le médicament est presque toujours donné (moins le sous-acétate de plomb) en quantité moindre qu'il n'en avait l'intention; car, en prescrivant 20 à 30 gouttes de teinture de digitale, il croit ordinairement donner 1 scrupule, et cependant il n'en donne réellement que 5 à 8 grains. Et qu'on ne croie pas que cette différence provienne seulement de la plus ou moins grande densité des corps, car l'acide sulfurique concentré, qui a 1,84, compte 64 gouttes par ½ gros, tandis que l'acide dilué n'en compte que 44, et l'acide sulfurique alcoolisé, qui a plus de densité que le précédent et que l'acide sulfurique concentré, en compte 116. Nous voyons cependant que l'alcool produit, pour un poids donné, plus de gouttes que l'eau, et l'éther plus que l'alcool; et partout où ces deux derniers liquides entrent en mélange, le nombre de gouttes dépasse toujours celui de l'eau.

En comparant les tables sur les gouttes, qui existent dans les différens ouvrages, avec celle-ci, il est facile de voir combien elles paraissent être inexactes; on croirait en effet que leurs auteurs n'ont fait autre chose que de calculer les gouttes d'après la densité des liquides.

Outre les pipettes, d'autres instrumens ont encore été essayés pour l'énumération des gouttes. C'est ainsi qu'on a, en Allemagne, des fioles appelées *Tropfglæser;* ce sont de petits entonnoirs, à becs très-allongés, fermés, à la partie supérieure, d'une feuille de caoutchouc, et surmontés d'un anneau, qui sert à faire entrer le liquide par le bec, en raréfiant l'air, et ensuite à en diriger la sortie par gouttes, en laissant revenir le caoutchouc sur lui-même. Ces instrumens font un très-bon usage, mais il est difficile de les tenir propres. Il en est d'autres qui ressemblent aux fioles ordinaires, bouchées à l'émeri; mais le bouchon,

au lieu d'être tronqué à sa base, s'allonge en pointe conique, qui descend jusqu'à près de 2 lignes du fond. Cet instrument, cependant, ne peut guère servir que pour les essais chimiques, quand il ne s'agit que de laisser tomber 1 ou 2 gouttes de liquide, car il n'en reste pas attaché plus que cela après un cône pareil. On a aussi des robinets pour compter les gouttes; mais c'est un moyen peu praticable. Dans les ménages, enfin, il existe encore une méthode qui ne laisse pas d'avoir ses avantages; c'est de prendre un tuyau de plume, de le couper bien horizontalement en haut et en bas, de manière cependant à ce que l'ouverture d'en bas ne soit pas trop grande, de le plonger dans le liquide qu'on veut administrer sous forme de gouttes, de placer le doigt sur l'ouverture supérieure, et de laisser tomber ensuite autant de gouttes qu'on en a besoin, seulement il est à regretter que cet instrument ne puisse pas servir à tous les liquides. Quand le médecin recommandera ce moyen, il aura toujours soin de voir de quelle grandeur sont les gouttes, afin qu'il puisse indiquer avec quelque assurance combien on doit en administrer au malade.



BIBLIOGRAPHIE FRANÇAISE.

De la cure radicale des hernies; par MATHIAS MAYOR, docteur-médecin. (Brochure in-8°. Paris, 1836.)

Malgré les moyens contentifs propres à empêcher la production d'accidens graves, les hernies constituent des infirmités assez gênantes pour que leur cure radicale soit extrêmement désirable. Aussi, de tout temps, des chirurgiens ont tâché d'obtenir cet heureux résultat; malheureusement la plupart des moyens conseillés à cet effet ont été jugés inefficaces, sinon dangereux; ceux mêmes proposés dans ces derniers temps par MM. Jameson, Belmas, Gerdy, ne sont guère employés par les autres chirurgiens.

Plus récemment, M. Bonnet, de Lyon, a fait de nouvelles tentatives, et a consigné, dans le cahier de juillet 1836, du *Journal médico-chirurgical,* le résultat de ses travaux. C'est dans la voie qu'il a ouverte, qu'il a été suivi par M. Mayor.

Dans la petite brochure qu'il vient de publier, le chirurgien de Lausanne commence par quelques réflexions critiques sur la théorie, aussi bien que sur le manuel de l'opération proposée par M. Bonnet. Ce dernier conseille de faire, près de l'anneau, un pli transversal, en pinçant la peau et le *péritoine,* de perforer ensuite ce pli au moyen d'épingles, de faire une espèce de suture, et de provoquer

ainsi une inflammation adhésive des feuillets de la séreuse elle-même. L'idée de comprendre le péritoine, dans le pli destiné à s'opposer à la sortie des viscères, est erronée, d'après M. Mayor : 1° Parce que, dans la majorité des cas, la séreuse est insaisissable, parce qu'elle recouvre et touche les viscères d'une manière si immédiate, qu'on ne peut guère l'en séparer ; 2° parce qu'il n'est nullement nécessaire que le péritoine soit compris dans l'acte opératoire pour assurer le succès de celui-ci. M. Mayor pense, au contraire, que la lésion de la séreuse doit toujours être évitée, et il est convaincu qu'elle l'a été dans toutes les opérations que M. Bonnet a heureusement pratiquées.

Arrivant au procédé lui-même, M. Mayor lui trouve plusieurs imperfections : les épingles destinées à maintenir les enveloppes herniaires, pincées sous forme de pli, lui paraissent mal choisies ; à la direction transversale du pli, il préfère celle de l'anneau lui-même ; il reproche, en outre, à M. Bonnet de n'avoir pas établi de règle pour le nombre de points à former, de n'avoir rien dit du pansement qui doit suivre l'opération, d'avoir passé sous silence les précautions à prendre lorsque les épingles ont été enlevées, et celles si nuancées et si importantes que les variétés des hernies exigent impérieusement ; d'avoir, enfin, exposé le cordon spermatique à être lésé par ses épingles chaque fois qu'il y aura quelque difficulté à distinguer et à reconnaître exactement sa situation.

C'est dans la vue de corriger ce que le procédé de M. le docteur Bonnet présente d'imparfait, que M. Mayor s'est livré aux recherches dont il vient de publier les résultats.

L'opération, telle que le chirurgien de Lausanne l'a modifiée, comprend trois temps.

Le premier consiste dans la *formation du pli cutané*.

Toutes les parties herniées doivent être préalablement réduites au moyen du taxis; le chirurgien s'assurera que la réduction est complète par l'intromission du doigt dans l'anneau; le même examen lui fera connaître la nature et le diamètre de l'anneau, car c'est sur ces données qu'il devra établir le siége, la direction et l'ampleur du pli à former.

Pour plus d'exactitude, M. Mayor veut que l'on trace, avec une plume, une ligne sur le milieu de l'anneau béant. Ce trait, à l'encre, sera légèrement oblique, de haut en bas, ou parallèle à la ligne médiane. Pour la hernie crurale, l'ombilicale et les éventrations, la trace sera parallèle; elle sera oblique de haut en bas, et de dehors en dedans, c'est-à-dire suivant la direction du cordon, s'il s'agit du bubonocèle.

La longueur de ce tracé en rapport avec le diamètre connu ou présumable de l'anneau, doit dépasser de 3 à 5 lignes le bord supérieur de cette ouverture, et de 3 à 15 lignes le bord inférieur, suivant le volume que présentait la tumeur herniaire.

La direction et la longueur à donner au pli cutané ainsi précisées, le chirurgien saisira avec ses deux mains une certaine quantité de peau à droite et à gauche du tracé à l'encre; il en formera un pli, au-dessus duquel se trouvera toujours ce même tracé, qui servira de boussole pour le reste de l'opération. Ce pli devra comprendre toute la surabondance des tégumens, et s'élever assez pour qu'il y ait tension évidente de la peau de chaque côté des doigts, afin que par sa résistance et sa fermeté il puisse former une espèce de paroi ou de digue capable de s'opposer aux efforts des *contenta*.

Le deuxième temps de l'opération consiste dans le *pas-*

sage des points de suture. Les épingles de M. Bonnet, ainsi que nous l'avons déjà dit, ont été rejetées par M. Mayor, en raison de la complication que leur emploi apporte au procédé opératoire. Après plusieurs essais, l'auteur s'est arrêté à une espèce de suture, qui, comme il le dit, tient de l'*entrecoupée* et de l'*enchevillée.*

Il la décrit de la manière suivante : « Après avoir fixé un bout de bougie, de quelques lignes de longueur, à l'extrémité d'un fil doublé, je fais passer celui-ci à travers le pli ; et, lorsqu'il est arrêté par le fragment de bougie, comme par un gros nœud, je coupe ce fil près de l'aiguille, j'en écarte les deux chefs, et je les serre et noue sur un second bout de bougie, que je place vis-à-vis du premier. »

Les bouts de bougie constituant des corps durs, qui irritent et excorient facilement les parties, M. Mayor les a remplacés plus tard par de petits rouleaux de coton, auxquels il a substitué enfin l'éponge; cependant, la mollesse de la substance employée, en permettant au fil de se cacher, a l'inconvénient de rendre sa section très-difficile, quand il s'agit de l'enlever. Pour obvier à ce désavantage, M. Mayor conseille, ou d'employer un bout de bougie du côté où la section doit être faite, ou un rouleau d'éponge un peu volumineux. On prépare d'avance autant de ces fils qu'on peut en avoir besoin, et le chirurgien confie à un aide intelligent le soin de les passer. Lui-même se réserve la partie la plus délicate et la plus importante de l'opération, celle de la formation du pli cutané. Relativement à la formation de ce pli, M. Mayor fait observer que s'il est de règle que le chirurgien soulève et tende le pli avec les deux mains, il peut cependant être parfois forcé d'employer un ou deux doigts de l'une de ses mains pour

boucher exactement l'anneau au moment où l'aide va faire traverser l'aiguille.

L'intervalle à laisser entre chaque point de suture a été fixé à 7 lignes par M. Bonnet. Ce chiffre paraît trop absolu à M. Mayor, qui pense que dans les cas difficiles, où le trou à boucher est vaste, il faut rapprocher davantage les points, et augmenter le volume du corps qui fait office de nœuds.

Le *pansement* constitue le troisième temps de l'opération.

« Dans les cas légers, dit M. Mayor, et lorsqu'on a à faire à des individus tranquilles et raisonnables, on peut n'avoir besoin d'aucun appareil; et les points, en maintenant solidement la hernie, détermineront bientôt, sur l'anneau et à sa circonférence, cet heureux gonflement, ce salutaire travail, qui amèneront, plus tard, l'occlusion du canal pathologiquement dilaté. Cependant, comme une légère compression n'a pas d'inconvénient, lorsqu'elle a lieu sur l'épaisse couche de coton dont j'ai coutume de recouvrir les points et la duplicature de la peau, je suis assez porté à conseiller un brayer convenable. Cette précaution est indispensable chez les enfans, qui crient et s'agitent, chez les individus qui toussent ou vomissent, ou quand il s'agit de hernies vastes et difficiles à contenir. »

Avant d'appliquer le bandage, M. Mayor conseille de garnir de coton cardé les deux rangées de nœuds, de coucher le pli ou la saillie des tégumens sur le côté interne de l'anneau, d'appliquer encore du coton, puis une compresse, et enfin le brayer.

On ne doit toucher à l'appareil que lorsque le malade s'en plaint, et l'on se conduit alors suivant les règles ordinaires de la chirurgie. Dans tous les cas, M. Mayor veut

que l'on prolonge, autant que possible, le séjour des fils; on ne les retire que lorsque l'adhésion des tégumens qui forment le pli est complète.

Un léger bandage compressif doit être porté par mesure de précaution pendant un temps plus ou moins long, suivant l'âge du malade, l'étendue et l'opiniâtreté du mal.

D'après M. Mayor, la saillie qui résulte du pli des tégumens, ne tarde pas à se dissiper, soit par l'affaissement, soit par l'atrophie, soit par le déplissement et l'écartement complet de cette duplicature tégumentaire. L'auteur a observé cette dernière circonstance, alors même qu'au bout de quinze jours, à dater de l'opération, il était impossible de retrouver la plus légère trace de l'existence d'une très-volumineuse hernie scrotale.

Après cet exposé, M. Mayor rappelle plusieurs faits, qui, quoique très-connus, tendent cependant à mieux faire ressortir les chances de succès que peut présenter son procédé opératoire. C'est ainsi qu'il cite les opérations pratiquées par les artistes vétérinaires, et qui, sans contredit, présentent, dans leur mode d'action, une certaine analogie avec son procédé. « D'un autre côté, si la cure radicale des hernies, dit-il, est assez souvent la conséquence immédiate d'une opération pour l'étranglement des parties herniées, malgré l'augmentation produite dans l'ouverture anormale, ne faut-il pas attribuer cet effet à un travail d'adhésion analogue à celui qu'on cherche à développer à l'aide du pli et de la suture. » A cette occasion, l'auteur conseille formellement, « lorsqu'on est forcé à l'opération du débridement, pour cause d'incarcération, de renoncer au pansement usité, et de recourir sur-le-champ à quelques-uns des points qui tendent à amener la guérison radicale. »

Après avoir insisté sur les conditions nécessaires à la réussite de l'opération, M. Mayor termine son mémoire en citant très-succinctement une dixaine de cas de succès.

Dictionnaire abrégé de thérapeutique, ou *Exposé des moyens curatifs employés par les praticiens les plus distingués de la France, de l'Allemagne, de l'Angleterre et de l'Italie, dans toutes les maladies, rangées d'après l'ordre alphabétique;* par Lad. A. Szerlecki, de Varsovie, docteur-médecin. (1re et 2e livraisons. Paris, 1837.)

La thérapeutique est certainement une des branches les plus importantes de la médecine, celle qui, avec le diagnostic, intéresse le plus le praticien. Il ne suffit pas, en effet, de reconnaître une maladie et d'en apprécier toutes les particularités; il faut surtout savoir la traiter, et pour cela connaître les différens agens qui peuvent exercer une influence favorable sur sa marche, sa durée et sa terminaison. On ne peut se le dissimuler cependant, cette étude des modificateurs de l'économie malade n'est cultivée ni avec la même ardeur, ni avec le même succès que celle des autres branches de la médecine. Les doctrines médicales qui ont surgi dans ces derniers temps, ont conduit, surtout en France, au scepticisme en thérapeutique. Sauf un petit nombre d'agens curatifs, dont le mode d'action a paru *rationnel* (c'est-à-dire en rapport avec les doctrines adoptées), ou tellement évident, que le nier eût été folie, tout le reste a été rejeté comme inefficace, inutile ou dangereux. Il ne peut, sans doute, venir à l'idée de personne

de vouloir défendre la polypharmacie ancienne, qui gorgeait la plupart des malades de médicamens plus ou moins actifs, plus ou moins bizarrement associés; ce sont là de déplorables abus, depuis long-temps signalés, et que les grands praticiens ont presque toujours su éviter. Mais faut-il, parce que l'on a abusé des agens pharmaceutiques, les rejeter presque en masse, comme si toute l'expérience de nos devanciers n'était qu'erreur, et les succès qu'ils ont obtenus et signalés, qu'illusion, sinon mauvaise foi? La thérapeutique, telle qu'on nous l'a transmise, est sans doute hérissée d'erreurs et de préjugés; beaucoup de médicamens jouissent d'une réputation usurpée, nous le reconnaissons volontiers; mais n'y en a-t-il pas un plus grand nombre, peut-être, dont l'efficacité ne nous paraît incertaine que parce que les circonstances où ils conviennent sont mal déterminées? Et dès-lors, n'aurait-il pas mieux valu faire un appel à une expérimentation plus rigoureuse que de se jeter dans les bras d'un déplorable scepticisme?

Séparer le bon du mauvais, le vrai du faux : telle est la tâche imposée aux temps modernes; car la thérapeutique n'est pas à refaire, elle est à épurer. Le progrès véritable nous paraît consister beaucoup moins dans l'invention de remèdes nouveaux que dans la détermination plus exacte des circonstances où tel ou tel médicament, qui déjà a rendu des services dans des cas *analogues*, convient.

Mais pour avancer dans cette voie, il est indispensable de revenir à l'étude des ressources thérapeutiques que des expérimentations antérieures nous ont laissées; car ici, comme partout, la tradition doit servir de point de départ au progrès.

Un travail d'érudition, qui réunit dans un même cadre les nombreux faits thérapeutiques épars dans les auteurs

et dans les écrits périodiques, peut donc, avec raison, être appelé une œuvre utile.

C'est à ce titre, mais à ce titre seulement, que le *Dictionnaire abrégé de thérapeutique,* dont nous avons les deux premières livraisons sous les yeux, nous paraît digne de l'attention du monde médical.

Cet ouvrage, en effet, n'est pas de nature à remplir les conditions d'un bon *Traité de thérapeutique;* la critique, basée sur l'expérience et l'observation, y manque le plus souvent. L'auteur passe successivement en revue et par ordre alphabétique, les différentes maladies; et à l'occasion de chacune d'elles, il expose les médications qui se sont montrées efficaces, en citant les auteurs qui les ont recommandées. C'est un répertoire bon à consulter pour ceux qui savent déjà, utile pour remémorier au praticien des faits oubliés, ou pour guider dans des recherches d'érudition; mais inutile, dangereux même pour celui qui voudrait y chercher la conduite à tenir ou le médicament à employer de préférence dans un cas donné. Du reste, tout en signalant les dangers que ce recueil peut avoir pour le médecin peu instruit ou peu judicieux, nous nous empressons de rendre justice à l'auteur pour les recherches nombreuses et pénibles que ce travail de longue haleine a dû nécessiter.

BIBLIOGRAPHIE ALLEMANDE.

MÉDECINE.

Quelques remarques sur l'hydropisie, et principalement sur l'emploi de la digitale, de la laitue, de la scille et du colchique dans cette maladie; par le docteur GUST. ETTMÜLLER[1].

Quoiqu'on ait beaucoup fait dans ces derniers temps pour déterminer avec exactitude quelle est la sphère d'action de chaque médicament, et pour lui assigner une force médicatrice basée sur l'individualité du malade et sur les causes de la maladie: cependant un nombre assez considérable de médecins emploient encore d'une manière empirique beaucoup de médicamens réunis sous une dénomination commune. Ces réflexions s'appliquent surtout à la classe des diurétiques; ceux-ci, en effet, sont *essayés* successivement les uns après les autres, dans des hydropisies produites par les causes les plus diverses, ou bien ils sont combinés entre eux sous des formes variées et souvent incompatibles, jusqu'à ce que le hasard vous ait fait trouver la composition convenable, ou que le malade, fatigué de ces expérimentations, se soit jeté dans les bras d'un autre médecin, ou jusqu'à ce que la mort soit venue mettre fin à vos *essais*. C'est aux ouvrages de théra-

[1] Extrait du Recueil de MM. Clarus et Radius; t. III, p. 68.

peutique qu'il faut attribuer une partie de ces déplorables effets; car on y trouve ordinairement groupés, sous la rubrique de médicamens diurétiques, des substances âcres, balsamico-toniques, oléo-éthérées, anti-phlogistiques, etc. Mais la raison principale pour laquelle on emploie si souvent ces médicamens si divers, sans avoir égard à l'individualité du malade, c'est que dans les traités de pharmacodynamie, on a basé l'action des médicamens, soit d'une manière trop exclusive sur la cause prochaine de la maladie, soit même sur des hypothèses; ou bien encore, parce que, sans aucune autre appréciation, l'on s'est contenté d'indiquer simplement le nom de la maladie dans laquelle un remède doit être efficace.

C'est d'après ces considérations que l'auteur a tenté de grouper les circonstances étiologiques et symptomatologiques, qui tombent le plus sous les sens et qui réclament de préférence l'emploi de tel ou tel remède, et d'assigner à quelques médicamens une place déterminée, sans avoir égard à la cause prochaine de la maladie, mais seulement en se dirigeant d'après ses principaux phénomènes. Il commence par des remarques générales sur 27 cas d'ascite et d'hydrothorax qu'il a observés; il rappelle ensuite les données que nous possédons sur l'action des substances qui font l'objet de son travail; puis il cherche à déterminer les circonstances qui doivent nous faire donner la préférence à l'un ou à l'autre de ces médicamens.

Sur les 27 cas observés par le docteur Ettmüller, il y avait 12 cas d'hydrothorax et 15 cas d'ascite; 8 des premiers et 5 des seconds moururent; le plus grand nombre des malades étaient âgés de quarante à soixante-dix ans; relativement aux sexes, il y avait 15 hommes et 12 femmes.

L'auteur a noté comme causes principales: L'asthme

chronique, les déviations de la colonne vertébrale, l'ivrognerie, le chagrin, des dérangemens de la digestion, des engorgemens du foie, la suppression d'hémorrhagies, des accouchemens fréquens, des affections arthritiques, la suppression de la transpiration, l'abus des purgatifs, la scarlatine. L'auteur note ensuite dans le plus grand détail les principaux groupes de symptômes, ainsi que la durée de la maladie; dans 14 cas, il a observé des crises par les urines, par les selles ou par la sueur. Après avoir donné l'histoire des trois seules autopsies qu'il lui a été possible de pratiquer, il rend compte de quelques signes pronostiques, assez importans pour être notés. L'augmentation de la soif était en général un signe favorable, toutefois lorsqu'il n'y avait pas appétence exclusive des boissons acides, ce qui indiquait toujours un mal opiniâtre et rebelle à tout traitement; dans ce cas aussi l'urine était des plus infectes. Dans 6 cas, dont 4 furent mortels, l'urine se recouvrit d'une pellicule irisée. Les hémorrhagies sont de mauvais signes. Il en est de même d'une sensation de chaleur interne avec refroidissement des membres. Les crises, par les sueurs seules, sont rares; elles sont encore plus rarement complètes, et elles manquent toujours chez les sujets avancés en âge. Le prurit de la peau, signe indiqué par Lentin comme favorable, s'est en effet trouvé confirmé plusieurs fois. Des taches rouges ou d'un bleu rougeâtre aux extrémités inférieures œdématiées étaient d'un funeste présage, et d'autant plus que ces taches étaient plus douloureuses, même à la plus légère pression.

Dans le traitement, on a dû, avant tout, avoir égard à la cause de la maladie; mais malheureusement cette indication essentielle est très-souvent difficile à remplir. Car, sans parler des cas où la cause ne peut être reconnue, il

arrive souvent qu'on est forcé d'avoir recours à un traitement purement symptomatique. Ainsi, quand l'hydropisie est due à des lésions organiques incurables, le devoir du médecin est d'attaquer de suite le produit de la maladie, non-seulement pour calmer les accidens, mais aussi pour conserver le plus long-temps possible la vie du malade. D'autres fois, lorsque l'accumulation du liquide est trop considérable, il faut d'abord lui donner issue, afin de soulager le malade et de pouvoir plus facilement alors attaquer la cause. On est déjà plus heureux, lorsqu'on peut, tout en provoquant l'évacuation du liquide épanché, arrêter les progrès de l'affection locale primitive, comme cela a lieu par l'usage de la digitale dans les hydropisies de poitrine, produites par une affection du cœur. Mais le traitement qui répond le mieux aux indications, et qui satisfait le plus l'esprit, est celui par lequel on peut combattre à la fois la cause et l'effet. Ainsi, par exemple, dans les hydropisies par congestions ou par inflammation, les anti-phlogistiques et les dérivatifs font souvent disparaître les unes et les autres; dans celles qui résultent d'un état de faiblesse générale, qu'elles soient produites par des selles trop abondantes, ou par un défaut d'action des organes digestifs, les mêmes remèdes toniques et amers éloignent la cause morbide avec le produit du mal; ou bien encore, quand c'est à la suppression de la transpiration qu'il faut attribuer la maladie, et qu'on la rappelle en faisant en même temps disparaître le liquide accumulé.

Après ces généralités, l'auteur arrive aux indications qui déterminent l'emploi de la digitale, de la scille, de la laitue et du colchique.

1° *Digitale.*

Withering a déjà très-bien indiqué les conditions favorables à l'administration de la digitale. Ce médecin qui, sur 126 malades atteints d'hydropisie au dernier degré, en a guéri 48 uniquement par la digitale, s'exprime ainsi : Si le ventre est dur, tendu ; si la tuméfaction paraît être circonscrite, et si elle résiste à la pression du doigt, la digitale agit peu ou n'agit point du tout. Mais si le pouls est faible, intermittent, sans aucune tension, le malade pâle, le tour des yeux et de la bouche bleuâtre, la peau fraîche, le ventre mou ; si l'œdème des extrémités conserve l'impression du doigt, alors la digitale aura une action diurétique. Withering a trouvé ce médicament efficace à la suite de la scarlatine et du croup.

Hamilton confirme les expériences de Withering, en ce qui concerne l'ascite et l'anasarque ; cependant il a aussi trouvé la digitale efficace dans l'hydrothorax, même quand il existait un léger état inflammatoire.

Ferriar a trouvé la digitale utile dans l'hydrothorax, lorsqu'il y avait dyspnée spasmodique. Il dit d'une manière assez vague, que la digitale est utile dans les hydropisies où les purgatifs ont été nuisibles ; mais que si l'administration de ce médicament n'est pas bientôt suivie de l'augmentation des urines, il faut y renoncer. Sur 20 hydropiques traités par la digitale, 8 furent guéris, 8 éprouvèrent une amélioration marquée, et 4 n'en ressentirent aucun effet.

Darwin a traité 9 cas d'hydrothorax et d'ascite par l'infusion vineuse de digitale ; dans 6 de ces cas, le pouls était inégal en fréquence et en force : c'est dans ces cas seule-

ment que la digitale s'est montrée efficace. Les vomissemens ont paru augmenter l'action du remède et la sécrétion urinaire; la diarrhée même n'était pas nuisible.

Jones a traité 24 hydropiques par la digitale. Il en a guéri 15; il a eu de l'amélioration dans 4 cas, et n'a vu aucun effet dans 5 cas. Il n'indique pas les circonstances dans lesquelles le médicament s'est montré utile; il prétend que la diarrhée nuit à son action.

Lentin reconnaît comme indication principale de l'administration de la digitale, la fréquence et l'irrégularité du pouls. Cependant si celui-ci devient trop lent pendant l'usage de ce remède, il conseille d'y ajouter de la teinture de cannelle ou de l'eau de poivre.

Thilenius a vu des effets merveilleux de l'emploi de la digitale chez les individus lymphatiques, lorsque le pouls était irrégulier, et l'urine trouble, épaisse, rouge. Il la recommande aussi lorsque l'hydropisie a été précédée d'asthme ou de maladies éruptives. La plupart de ses malades vomissaient; ce qui provenait sans doute de la forte dose (2 grains) qu'il administrait, mais ces vomissemens étaient toujours favorables. La diarrhée même, d'après ce médecin, ne troublait pas l'action du médicament.

D'après Fischer, la digitale est sans action dans les hydropisies produites par une suppression de transpiration ou par l'abus des boissons spiritueuses. Cependant Harke, de même que l'auteur, l'a trouvée très-utile chez les ivrognes, lorsqu'on la combinait avec l'opium. Harke s'en est aussi très-bien trouvé dans les hydropisies qui avaient succédé à un asthme aigu ou chronique.

Haase borne son emploi aux hydropisies qui succèdent aux inflammations des séreuses, et lorsqu'il existe encore un orgasme du système vasculaire.

Blackall prétend que la digitale n'est indiquée que lorsque l'urine coagule par la chaleur et dépose un sédiment rouge. Si l'urine coagule, mais qu'en même temps elle soit pâle, alors elle n'est efficace que dans un petit nombre de cas; elle est tout-à-fait inactive lorsque l'urine ne coagule pas. Il fonde son opinion sur un grand nombre de faits; il vante aussi la digitale dans les hydropisies accompagnées d'inflammations internes: son efficacité se reconnaît à ce que le précipité obtenu par la chaleur devient de moins en moins abondant.

D'après Scheu, il faut, avant tout, écarter toute complication inflammatoire et gastrique. La digitale agit très-bien lorsqu'il existe des crampes, et principalement une toux spasmodique.

Vogt, cherchant à établir la différence entre la digitale et la scille, prétend que celle-ci est plus efficace dans les hydropisies du tissu cellulaire, tandis que la digitale agit mieux contre les hydropisies des membranes séreuses.

D'après les observations de l'auteur, la digitale s'est montrée efficace, comme diurétique, dans 7 cas d'hydrothorax sur 12, et dans 6 cas d'ascite sur 15. Si elle n'a pas toujours été suivie de guérison, le plus souvent à cause des lésions organiques incurables qui avaient déterminé la maladie, du moins a-t-elle toujours amené du soulagement. L'existence antérieure d'une scarlatine ou d'un asthme, un état inflammatoire ou congestionnel des membranes séreuses, une constitution leucophlegmatique, lui ont paru les conditions les plus favorables à l'administration de la digitale; à ces indications on doit encore ajouter un pouls fréquent, petit, intermittent et une urine peu coagulable.

Le docteur Ettmüller croit donc pouvoir, appuyé de

l'expérience des autres et de la sienne propre, poser les indications suivantes tirées des causes et des symptômes :

A. *Indications de l'emploi de la digitale, tirées des causes de l'hydropisie :*

1° Les affections antécédentes du système lymphatique, les engorgemens glanduleux, etc. Déjà, avant que Withering eût introduit l'usage de la digitale dans les hydropisies, les Anglais l'employaient avec avantage dans les affections du système lymphatique.

2° Les hydropisies qui succèdent aux phlegmasies cutanées, surtout à la scarlatine et à la rougeole.

3° Les maladies organiques du cœur et des gros vaisseaux. Quoique la digitale ne puisse agir ici que comme palliatif, cependant tout praticien dira, avec Kreysig, qu'elle est, dans ces cas, un remède vraiment divin et que rien ne peut remplacer.

4° Les phlegmasies chroniques qui produisent ou entretiennent l'hydropisie, et surtout les phlegmasies des membranes fibreuses et séreuses.

5° L'asthme, et surtout l'asthme spasmodique, qui est souvent accompagné d'une affection du cœur.

B. *Symptômes dont l'existence fait espérer un bon succès de l'emploi de la digitale :*

1° Un pouls irrégulier, fréquent, faible, petit, intermittent. Elle s'est montrée le plus constamment efficace, lorsque le pouls était anormal sous le rapport de la force et de la fréquence.

2° Une urine peu abondante, rouge, épaisse, coagulable à la chaleur.

3° Un œdème mou, sans tension, conservant l'impression du doigt, surtout dans les constitutions leucophlegmatiques.

Sans doute, il ne faut pas regarder comme une indication chacun de ces symptômes pris isolément; mais plus il y en aura de réunis, plus ils seront en rapport avec les circonstances étiologiques mentionnées ci-dessus, plus aussi on sera en droit d'attendre de la digitale une action favorable.

Les doses de ce médicament et la manière de l'administrer varient beaucoup suivant les auteurs. Les uns n'attendent d'effet que des doses fortes et éloignées, tandis que d'autres prétendent n'avoir réussi qu'avec des doses faibles et rapprochées; les uns ont trouvé que la poudre était la préparation la plus active, et rejettent, comme peu sûre, l'infusion et la décoction; d'autres, au contraire, regardent la poudre comme plus dangereuse, et la rejettent à cause de ses effets souvent nuisibles. Déjà Withering recommande de ne donner que des doses éloignées et faibles, parce que, d'après ses observations, l'action diurétique de la digitale ne provient pas du malaise ni des envies de vomir qu'elle détermine; le plus souvent, au contraire, il a vu ces effets être suivis d'une diminution dans la quantité des urines, et ordinairement il suspendait le médicament aussitôt qu'il commençait à agir sur le pouls, sur l'estomac ou sur le canal intestinal.

Lentin vante beaucoup une décoction préparée avec 1 once de digitale pour 1 ½ livre d'eau, à la réduction de 8 onces, et à laquelle on ajoute ½ once d'esprit de vin. Il prescrivait 1 once de cette décoction avec 2 onces d'eau de menthe poivrée et d'eau de persil, et 2 onces de sirop de guimauve. — Sauter a aussi observé que la décoction de digitale était préférable à l'infusion, surtout dans l'hydrothorax; seulement il ne faut pas dépasser la dose de 12 grains par jour. D'après ce médecin, la coction doit

durer une demi-heure, pour que l'action du médicament se développe complétement, attendu que le principe diurétique de la digitale consiste plus particulièrement en matières fixes, qui ne sont qu'imparfaitement séparées par l'infusion. — Thilenius préférait la poudre, et la donnait à la dose de 2 grains matin et soir; le plus souvent cette dose déterminait des vomissemens.

Quelques-uns ont cherché à attribuer des avantages particuliers aux différentes formes, d'après les différentes maladies; ils donnent, par exemple, la poudre dans l'hydropisie, l'infusion dans les affections du cœur, la teinture dans la phthisie, etc. Le meilleur est toujours de commencer par de petites doses et d'augmenter peu à peu. Sous le rapport des combinaisons avec d'autres substances, les Anglais préfèrent l'opium ou le calomel, ou tous les deux réunis. D'autres associent la digitale au calomel et au jalap, avec des poudres aromatiques, à la scille (Heim et Osiander), à l'extrait de laitue (Hufeland). Pour diminuer les effets nuisibles de l'infusion ou de la décoction, on y ajoute ordinairement des eaux spiritueuses, la teinture de cannelle, l'éther nitrique, souvent aussi on lui associe l'acétate de potasse, afin d'augmenter ses vertus diurétiques.

L'auteur a toujours trouvé la poudre plus active ou du moins plus régulière dans ses effets, que l'infusion ou la décoction. Quelquefois, après avoir été d'abord sans action, elle produisait de bons effets à la suite de purgatifs ou de saignées. L'auteur la donnait avec l'extrait de laitue, dans l'hydrothorax, et avec l'opium, ou le calomel et l'opium, dans l'ascite. Les vomissemens sont survenus dans 2 cas, sans cependant troubler la diurèse. Dans un cas seulement, il y eut de légers effets narcotiques. En général, il a remarqué que, dans l'hydropisie, l'usage de la digitale

est bien moins facilement suivi de narcotisme que dans d'autres maladies.

2° *Scille.*

La scille fait depuis long-temps partie des remèdes les plus généralement prescrits dans les hydropisies, et beaucoup de praticiens lui assignent le premier rang parmi les diurétiques. Cependant ses propriétés actives doivent en faire borner l'usage: elle produit facilement du dégoût, du malaise, des vomissemens, une diarrhée aqueuse, symptômes qui entraînent à leur suite la chute des forces, ce qu'il est essentiel d'éviter dans une maladie où l'assimilation et la nutrition sont presque toujours plus ou moins altérées. Cette dernière circonstance doit être d'autant plus prise en considération, qu'il est incontestable que les propriétés diurétiques de la scille ne dépendent pas d'une irritation spécifique de l'appareil urinaire, mais bien d'une augmentation d'action du système absorbant.

Vogt, comme nous l'avons vu plus haut, recommande la scille dans les hydropisies du tissu cellulaire et dans celles des membranes séreuses, qui sont accompagnées d'un état pituiteux des muqueuses; mais il la proscrit quand il existe un état inflammatoire ou un éréthisme du système nerveux, ainsi que dans les hydropisies produites par atonie.

Thilenius l'a trouvée surtout efficace lorsque l'hydropisie est accompagnée d'un asthme humide. Lentin, au contraire, rejette toute espèce de préparations scillitiques dans l'hydrothorax et prétend n'en avoir obtenu de bons effets que dans l'ascite et l'anasarque.

Oberteufer s'en est bien trouvé dans diverses espèces d'hydropisie; mais il l'a vue aussi souvent échouer, sans

qu'il ait pu déterminer à quoi tenait cette différence. Elle s'est toujours montrée nuisible dans les hydropisies inflammatoires.

D'après Haase, la scille n'est efficace que dans les hydropisies accompagnées d'une langueur générale des fonctions et surtout des fonctions digestives: ainsi chez les sujets pituiteux, et à la suite d'un catarrhe pulmonaire chronique.

Blackall dit qu'elle est très-active lorsque l'hydropisie est accompagnée de dyspnée et quand l'urine est peu abondante, foncée en couleur et non coagulable. Bright la trouvait indiquée dans l'état de torpeur et de faiblesse des reins, affection qu'il caractérise par une sensation particulière dans la région lombaire, du malaise, des vomissemens, de la dysurie.

L'auteur a trouvé la scille utile dans 4 cas d'hydrothorax sur 12; la maladie avait été précédée de catarrhe chronique des poumons ou coexistait encore avec un asthme pituiteux. Dans aucun cas elle n'a amené la guérison. Elle a été généralement plus efficace dans l'ascite et surtout dans l'anasarque; cependant elle n'a jamais suffi seule pour faire disparaître ces affections. C'est dans les cas d'atonie du canal intestinal qu'elle s'est montrée le plus utile, quand il existait en même temps une toux avec expectoration visqueuse, quand l'urine était rare, foncée, non fétide, et lorsqu'il y avait œdème atonique des extrémités, sans rougeur érysipélateuse. Elle a été au contraire reconnue inefficace ou nuisible dans les hydropisies aiguës, dans celles qui succèdent à la scarlatine, dans les cas de prostration complète des forces digestives, dans les hydropisies qui surviennent à la suite d'évacuations abondantes ainsi que dans celles qui durent depuis très-long-temps,

et dans lesquelles l'urine est fétide et les cuisses fortement œdématiées, parsemées de taches rouges et douloureuses.

L'auteur pose alors les indications de l'emploi de la scille, en distinguant les cas où elle doit agir seule, comme remède principal, et ceux où elle ne doit agir que secondairement et associée à d'autres diurétiques. Comme remède principal, elle peut être employée dans l'ascite et dans l'anasarque, mais non dans l'hydrothorax. Elle réussit principalement 1° dans les cas de torpeur du système lymphatique, en activant l'absorption, et 2° quand il existe un état muqueux des premières voies, surtout si l'on administre de temps en temps des purgatifs. Sous le rapport des symptômes isolés, l'auteur n'en a pas trouvé un seul qui réclamât d'une manière bien marquée l'emploi de la scille.

Comme moyen secondaire, la scille a été jusqu'à présent employée dans toutes les formes de l'hydropisie; mais souvent elle a exercé une influence nuisible sur les fonctions digestives et sur toute l'économie, tout en restant sans action sur la diurèse. L'auteur conseille, à cause de cela, de restreindre son emploi aux cas, déjà indiqués plus haut, dans lesquels les voies digestives ne sont le siége d'aucune inflammation chronique, où l'appétit n'est pas entièrement éteint et où il existe encore une atonie bien prononcée, sans être cependant complète. Encore, dans ces cas, est-il bon de suspendre de temps en temps son administration et d'y ajouter quelques substances aromatiques et spiritueuses.

Tous les auteurs s'accordent à dire que la forme pulvérulente est la plus efficace, mais ils varient d'opinion relativement à la dose. J. A. Schmidt ne la donne qu'à petites doses, afin de ne pas déranger les fonctions digestives, puisque d'un autre côté elle n'exerce aucune action sur

l'appareil urinaire; Home, au contraire, la donne d'abord à dose vomitive, puis seulement après à petites doses.

D'après Oberteufer, la scille doit provoquer du dégoût avant d'agir comme diurétique, mais elle ne doit exciter ni vomissement ni diarrhée.

L'auteur est de l'avis de Home, quand on veut employer la scille comme remède principal, dans les hydropisies accompagnées de torpeur du canal intestinal, puis de la continuer à petites doses susceptibles seulement de produire des nausées.

Si au contraire on n'emploie la scille qu'accessoirement, comme diurétique ou comme expectorant, les doses faibles sont toujours préférables; c'est ici surtout que l'oxymel scillitique trouve sa place.

D'après ces principes, l'auteur commençait par une dose vomitive, dans les ascites où la scille lui paraissait indiquée; puis il la donnait trois fois par jour à la dose de ½ à 1 grain. L'urine coulait alors ordinairement en plus grande quantité, devenait plus claire et plus limpide. Ordinairement il était obligé de s'arrêter au bout de 8 ou 10 jours. Alors pour relever les forces digestives, il donnait une infusion de genièvre avec addition d'éther nitrique, ce qui lui réussissait très-bien. Dans l'hydrothorax, il employa avec succès une digestion aqueuse de ʒiij de sénéga, sur ʒß de scille, pour ℥vj de colature. Il n'a retiré aucun effet de l'emploi de la poudre de scille par la méthode endermique. Il a administré aussi le carbonate de potasse saturé avec le vinaigre scillitique, mais sans succès marqué. Quant au moyen conseillé par Celse comme un excellent diurétique et qui consiste dans un cataplasme de scille appliqué sur le ventre, l'auteur n'a pu encore en faire l'essai.

3° *Colchique.*

On sait de quelle réputation jouit en Angleterre le colchique d'automne dans le traitement des affections arthritiques. En Allemagne, son emploi n'a jamais été aussi généralement répandu ; seulement, lorsque Störk, en 1763, l'eut recommandé comme très-efficace dans l'hydropisie, il fut administré pendant un certain temps dans les différentes formes de cette maladie ; puis, comme cela arrive ordinairement, il fut bientôt oublié. Les uns le regardèrent comme tout-à-fait inactif ; les autres, au contraire, comme trop violent, et presque tous comme un médicament incertain ; un très-petit nombre de praticiens reconnurent ses véritables propriétés médicinales. Une des causes principales de cette diversité d'opinions paraît provenir des différens modes de préparations de ce médicament, et plus encore du temps où l'on a récolté le bulbe, partie plus souvent employée en Allemagne que les semences et les fleurs que l'on préfère en Angleterre. D'un autre côté, on n'a pas encore assez d'observations pour bien préciser les cas d'hydropisie dans lesquels le colchique peut être utile. Vogt remarque avec raison qu'on a tort de regarder le colchique comme un médicament analogue à la scille. Il attaque moins les organes digestifs, il provoque plutôt des selles que des vomissemens, il agit avec plus d'énergie que la scille sur la surface du corps, il est bien plutôt diaphorétique que diurétique.

Störk l'a surtout recommandé dans les hydropisies atoniques, survenues à la suite des fièvres intermittentes et de la scarlatine ; et l'on peut assez bien s'expliquer par son action sur la peau, les bons effets qu'on en a retirés dans

ces cas. Oberteufer le vante comme un bon diurétique, mais sans indiquer les circonstances dans lesquelles il l'a trouvé utile; il dit en effet, d'une manière très-vague, que le colchique a réussi dans des cas où la scille était restée sans effet, et réciproquement.

Haase donne pour l'emploi du colchique les mêmes indications que pour celui de la scille, seulement il dit qu'il faut encore une plus grande atonie des fonctions digestives et de toute l'économie.

Carminati et Haden, au contraire, l'ont recommandé dans les hydropisies inflammatoires.

L'auteur s'est servi de l'oxymel et de la teinture de colchique, qu'il faisait préparer avec une partie des semences et du bulbe, sur 12 parties d'alcool; mais il n'a obtenu que dans 2 cas le succès désiré. Le premier cas était un homme de trente-cinq ans, d'une constitution molle et phlegmatique, qui, après avoir travaillé dans un terrain marécageux, avait été affecté d'anasarque. Après avoir employé plusieurs préparations diurétiques et diaphorétiques, et fait envelopper les membres avec une flanelle trempée dans une infusion de sureau, animée d'esprit de vin camphré, le tout sans succès, l'auteur prescrivit 25 à 30 gouttes de teinture de colchique, à prendre toutes les trois heures dans une infusion de genièvre, et le soir, deux cuillerées d'oxymel de colchique dans du thé de sureau. L'urine fut rendue en abondance; l'exhalation cutanée continua sans interruption, mais d'une manière modérée. Au bout de douze jours, cet homme était rétabli.

Le second cas concerne une fille de trente ans, menstruée irrégulièrement, qui se plaignait souvent de tiraillemens dans les membres, et qui fut subitement affectée

d'ascite à la suite de la rétrocession d'un érysipèle. La peau était sèche; le pouls fréquent, dur, mais régulier; l'urine peu abondante, rouge, sédimenteuse. Ici encore le colchique eut de bons résultats; cependant M. Ettmüller ne lui attribue pas tous les honneurs de la guérison, attendu qu'il survint une éruption critique, qui fut suivie de sueurs modérées et d'une émission d'urine plus abondante.

D'après un aussi petit nombre d'observations, il est difficile de préciser les circonstances dans lesquelles le colchique est indiqué. Le conseil que donne Störk de l'administrer dans l'hydropisie qui succède à la scarlatine, ne doit s'appliquer qu'à l'oxymel et au vinaigre de colchique, mais non à ses préparations alcooliques, celles-ci étant contre-indiquées par l'âge des sujets (l'enfance) et par l'état inflammatoire qui accompagne ordinairement ces épanchemens séreux. Des hydropisies atoniques, suites de fièvres intermittentes, peuvent quelquefois disparaître par l'emploi du colchique, lorsqu'elles ne sont pas accompagnées de changemens dans la texture des organes; cependant on a encore besoin d'un plus grand nombre d'observations.

L'auteur termine par les considérations suivantes, qu'il n'émet que comme des conjectures. Le colchique, dit-il, a été trouvé très-efficace dans l'arthritis et le rhumatisme; dans ces deux maladies, il provoque des crises plus ou moins remarquables, par l'urine, par les sueurs, ou quelquefois par les selles; ces deux affections sont accompagnées d'un trouble dans les fonctions de la peau, et par conséquent d'une prédominance morbide des membranes internes : toutes deux se terminent souvent par des hydropisies aiguës ou chroniques. Les reins participent bientôt

à ce dérangement des fonctions cutanées, et sécrètent moins d'urine que dans l'état normal. Il faut donc trouver une substance qui excite modérément les reins et la peau, et cette substance me paraît être, pour beaucoup de cas, le colchique. Il ne serait donc pas inutile de l'essayer comme anti-hydropique, au moins dans les cas où l'hydropisie est survenue à la suite d'affections arthritiques ou rhumatismales. Dans ces essais, les constitutions molles et phlegmatiques seront plus favorables que les constitutions sèches et bilieuses.

Quant aux préparations, Störk et ses successeurs ont employé presque exclusivement l'oxymel, et quelquefois le vinaigre scillitique, substances préparées toutes deux avec la racine et qui doivent varier, pour leur action, suivant l'époque où celle-ci a été récoltée. L'oxymel se donne à la dose de 2 à 4 gros; le vinaigre s'emploie dans les potions, ou, mieux encore, avec la magnésie sulfatée ou calcinée. La teinture se prépare ordinairement avec les semences et agit alors d'une manière plus uniforme. L'auteur recommande surtout le vin, que les Anglais préparent avec la racine, les semences et les fleurs. Oberteufer donne pour l'emploi du colchique les règles suivantes : On commence par de petites doses, et l'on augmente peu à peu jusqu'à ce que le malade éprouve un commencement de dégoût; alors, il ne faut plus augmenter la dose, et l'on peut être assuré que bientôt la sécrétion de l'urine sera augmentée.

4° *Laitue.*

Les anciens médecins employaient rarement la laitue, et seulement comme narcotique. Collin est le premier qui ait parlé de son utilité dans l'hydropisie; elle fut alors

prescrite pendant quelque temps contre cette maladie, surtout à Vienne, puis on y renonça. Dans ces derniers temps, Herz Schlesinger la recommanda dans l'asthme; Hufeland, Spangenberg, Gumprecht et Toël confirmèrent ses bons effets : ce dernier surtout la vanta dans les hydropisies de poitrine.

Il résulte de toutes les observations connues jusqu'à ce jour, que la laitue agit peu comme diurétique; mais elle est précieuse dans quelques-uns des symptômes les plus fatigans de l'hydrothorax. Schlesinger la donna avec le plus grand succès dans 6 cas d'asthme spasmodique, dont 3 étaient accompagnés d'hydrothorax et 3 d'ascite. Wolf, Spangenberg, et d'autres, l'employèrent de préférence dans l'asthme muqueux, également avec succès. Hufeland regardait pour ainsi dire comme spécifique, dans l'hydrothorax, l'extrait de laitue combiné avec la digitale. Toël, surtout, reconnut les bons effets de cette combinaison; d'après lui, la laitue augmente l'action diurétique de la digitale, excite la peau, facilite les sécrétions muqueuses des bronches, et fait cesser l'état spasmodique; de plus, elle empêche l'action nuisible de la digitale sur les organes digestifs. Durande l'a trouvée surtout utile quand l'hydropisie était accompagnée d'une grande mobilité du système nerveux, d'insomnie, d'agitation, et d'un pouls fréquent, petit, déprimé. Hirschfeld croit que la laitue a une double action : l'une primaire, calmante, anti-spasmodique; l'autre secondaire, diurétique.

L'auteur a employé l'extrait de laitue dans l'asthme avec ou sans hydropisie, il l'a trouvé quelquefois utile, une fois même très-efficace, mais dans plusieurs cas son emploi n'a été suivi d'aucun succès; il ne croit pas que ce médicament soit diurétique, quoiqu'il ait ordinairement

vu l'urine couler plus abondamment après son administration: cette dernière circonstance doit être attribuée, suivant lui, à la cessation du spasme. Il prescrivait l'extrait de laitue dans tous les cas où la digitale était indiquée, mais elle ne réussissait que dans les cas de dyspnée spasmodique, avec menaces de suffocation et un pouls fréquent, petit, serré; 3 ou 4 grains procuraient un sommeil plus long et plus paisible que par l'opium.

Schlesinger et Gumprecht donnaient ce médicament à la dose de ½ à 1 grain souvent répétée; d'autres prescrivaient 15, 20 et jusqu'à 30 grains par dose. L'auteur préfère donner des doses modérées, 3 à 6 grains par exemple, à des distances assez éloignées, d'autant plus qu'on l'unit à la digitale, soit sous forme pulvérulente, soit en potion.

Sur la ménostasie et la chlorose; par le professeur Wendt; de Breslau[1].

Quoique la chlorose soit une maladie extrêmement commune, elle n'a pas encore été bien étudiée sous toutes ses formes; c'est ainsi qu'en France le mot *chlorose* est synonyme d'*anémie* ou d'*hydrémie*, comme l'appelle M. Bouillaud, parce qu'on la regarde comme toujours produite par un appauvrissement du sang. L'article suivant, dû à la plume d'un des médecins les plus distingués de l'Allemagne, nous a semblé de nature à intéresser vivement tous les praticiens; il mérite d'ête lu et médité.

L'aménorrhée, et surtout la ménostasie, qui donne naissance à la chlorose, nous offre un exemple remarquable

[1] *Schmidt's Jahrbücher;* t. XII, p. 177.

des erremens du diagnostic. Le fer et ses préparations, la sabine, le borate de soude, les saignées du pied ont été employés avec succès; mais jamais ces moyens divers ne peuvent agir d'une manière uniforme : c'est donc à la théorie à nous prêter ici le secours de son flambeau, et à expliquer les résultats que nous a fournis l'expérience.

L'auteur admet trois espèces de chloroses : les deux premières qu'il appelle *atoniques*, et la troisième qu'il nomme *chlorosis fortiorum, seu florida.*

La première forme, qui survient par suite de la suspension du flux menstruel, est remarquable par la mollesse, le relâchement extraordinaire des muscles, la bouffissure de la face, l'état de leucophlegmatie générale, l'absence totale de fièvre, la lenteur et la petitesse du pouls. On est frappé de la couleur verdâtre de la peau, de la pâleur des lèvres, de l'émaciation générale, de l'œil terne et sans aucune expression des malades. Ici la leucorrhée ne manque jamais; elle n'existe pas seulement aux époques où la menstruation avait autrefois lieu, mais elle dure continuellement; le retour du sang menstruel annonce l'approche de la guérison. C'est dans cette forme que la proportion du sérum s'accroît considérablement, et que l'eau s'accumule dans les mailles du tissu cellulaire des membres; c'est elle qui se termine si souvent par des hydropisies. Mais c'est aussi cette forme qu'il est le plus facile de guérir, parce que les toniques de toute espèce agissent d'une manière puissante et victorieuse : les huiles éthérées, les amers, les aromatiques, les toniques, et surtout les ferrugineux, font ici merveille. Si la constipation complique cette espèce de chlorose, comme cela arrive si souvent, on donne avec avantage l'aloës, la rhubarbe, l'hellébore. C'est aussi dans ce cas que l'on emploie avec succès les

bains aromatiques, les demi-bains et les frictions spiritueuses dans la région de l'utérus.

La seconde espèce de ménostasie atonique est obscure et difficile à reconnaître; elle diffère entièrement de la précédente. On l'observe chez les filles délicates, très-irritables, et ordinairement hystériques, qui deviennent chlorotiques, non par suite de la misère ou de maladies débilitantes, mais ordinairement après des affections morales profondes. Cette forme de chlorose prend sa source dans une extrême susceptibilité nerveuse, dans une exaltation de la sensibilité qui part de la moëlle épinière, et qui se transmet aux organes sexuels par le moyen des plexus nerveux de la vie de nutrition.

Ces sortes de chlorotiques sont donc des sujets très-irritables, dont l'habitus entier dénote une prédominance de la sensibilité : Pâles, mais non bouffies; toujours maladives, faciles à émouvoir, recherchant la solitude, mélancoliques, versant souvent des larmes sans aucun sujet; se plaignant de palpitations de cœur, de gêne de la respiration, surtout quand elles montent des escaliers; le pouls est petit, il devient souvent rapide et agité; la température de la peau change; l'appétit est perverti, diminué; le ventre ordinairement libre; les fleurs blanches n'existent presque jamais; les efforts menstruels consistent principalement dans des douleurs vers les régions lombaires ou sacrées, dans un sentiment pénible de pesanteur et de pression vers la région hypogastrique, dans l'augmentation de ces symptômes par la marche, et surtout dans l'émission douloureuse des urines, symptôme qui va quelquefois jusqu'à l'ischurie. Cette forme ne se termine pas par des hydropisies comme la précédente, mais par une consomption générale; elle est dangereuse, parce qu'elle est

le plus souvent *méconnue* et très-difficile à traiter; car, tandis que d'une part les malades épuisées auraient besoin de fortifians, d'un autre côté l'orgasme du système vasculaire ne permet l'emploi d'aucun tonique, d'aucun stimulant. Le médecin se trouve ici dans un grand embarras : cherche-t-il à combattre cette forme de chlorose par les martiaux ou par la saignée, il nuit dans les deux cas; dans le premier, il provoque des ulcérations internes, la phthisie; dans le second, il augmente la chute des forces et hâte la consomption. Les seuls moyens susceptibles de triompher ici, sont ceux qui abaissent l'irritabilité morbide, sans exciter l'action vasculaire; et c'est avec raison que l'auteur désigne, pour remplir ce but, l'acide sulfurique étendu et l'élixir acide de Haller[1].

Ces moyens, unis aux bains tièdes, suffisent pour le premier temps. Lorsque les oscillations du système vasculaire ont cessé, mais que la sensibilité morbide existe encore, on retire de bons avantages des nervins, et surtout de l'*asa fœtida*, de la valériane, de l'armoise, du pouillot (*mentha pulegium*). Si cette forme est produite par des affections morales, ce sera sur le moral des malades qu'il faudra chercher à agir.

La troisième forme de la chlorose est celle que l'auteur appelle *chlorosis fortiorum*. On l'a aussi nommée chlorose chaude (*chlorosis calida*), pour la distinguer de la chlorose froide, c'est-à-dire sans fièvre (*chlorosis frigida*). Elle affecte ordinairement les femmes brunes, qui paraissent robustes, quoiqu'ayant la fibre musculaire molle et flas-

[1] L'un de nous obtient, depuis un an, de très-beaux succès par l'emploi de ce médicament; il attend que ses observations soient plus nombreuses pour les publier.

(*Note des rédacteurs.*)

que; le plus souvent elle est produite par des refroidissemens, par un excès de fatigue, par l'usage immodéré de boissons échauffantes, quelquefois par l'usage du pain chaud, ou par d'autres alimens de mauvaise nature. Les phénomènes morbides qui ne manquent jamais chez les malades, sont: un air maladif, une couleur terreuse de la peau, et une suite de congestions vers les organes nobles. L'urine est rendue en petite quantité, il y a constipation; l'effort menstruel paraît tous les mois, et est caractérisé par des douleurs des lombes et de la région sacrée, suivies d'un écoulement peu abondant de matières séreuses.

Les hémorrhagies succédanées ne sont pas rares dans ce cas, elles sont même caractéristiques, et doivent être regardées comme un effort de la nature. Celle-ci suffit souvent pour rétablir l'harmonie des fonctions, ou bien il survient une maladie intercurrente à la suite de laquelle la menstruation reparaît; mais souvent aussi un état congestionnel se déclare subitement, il s'établit des lésions organiques, des métamorphoses morbides, et l'on voit survenir la stérilité, l'hydropisie ou une fièvre hectique.

Ce n'est que dans cette espèce de chlorose que la section si vantée de la veine saphène réussit; elle agit rapidement et d'une manière efficace. Les sangsues et les ventouses aux parties génitales ou à la partie interne des cuisses ne réussissent pas aussi bien. Les remèdes internes les plus efficaces sont le borax, la crême de tartre soluble, le muriate de baryte, le sel ammoniac, le calomel. On doit y joindre les dérivatifs de toute espèce, une diète sévère et une vie tranquille.

Meine wunderbare Heilung von beispielloser Hautschwæche und Geneigtheit zur Erkæltung durch eine Somnambule. — Ma guérison miraculeuse, par une somnambule, d'une débilité, sans exemple, de la peau, et d'une extrême disposition au refroidissement; par J. E. Wetzler. (Augsbourg, 1833.)

Le docteur Wetzler, d'Augsbourg, est un homme avantageusement connu dans le monde médical par ses nombreux travaux sur les eaux minérales, et par des ouvrages non moins importans sur différens points des doctrines médicales et entre autres sur les maladies organiques du cerveau.

Or, ce docteur Wetzler a publié, en 1833, un opuscule intitulé: *Ma guérison miraculeuse, par une somnambule, d'une débilité, sans exemple, de la peau, et d'une extrême disposition au refroidissement.*

L'auteur fait d'abord l'histoire de sa maladie. Il raconte comment, jeune encore (il a actuellement soixante et un ans), et à la suite de privations de tout genre, il fut affecté d'une diarrhée chronique, contre laquelle il s'avisa de prendre souvent de l'opium, entre autres drogues qu'il serait trop long et sans intérêt d'énumérer ici.... Guéri au bout de quelques années, en apparence du moins, par l'essence de vie de Kiesow, il eut le malheur de s'empoisonner par une soupe au vin préparée dans un vase de cuivre non étamé. A la suite de cet accident, son mal revint plus fort que jamais, et il fut obligé d'avoir recours de nouveau à l'opium, à la dose de 3 à 4 grains par jour.

Jusqu'à cette époque, il avait toujours été extrêmement peu sensible aux intempéries des saisons, et dur à toute

épreuve, lorsque, en 1817, il fut pris d'une péricardite ou endocardite rhumatismale, à la suite de laquelle il se fit saigner coup sur coup, pour parler le langage de M. le professeur Bouillaud, et transpira copieusement.

Le soulagement ne dura pas; le mal devint chronique, et toutes les parties du corps furent successivement envahies par l'affection rhumatismale, qui, cependant, paraissait s'être fixée de préférence sur la séreuse des vaisseaux artériels. Saignées, ventouses, vésicatoire, digitale (jusqu'à 15 grains par jour), etc., etc., tout fut en vain.... Le moindre souffle d'un air un peu plus frais lui suscitait un refroidissement et de nouvelles douleurs.

La diarrhée cependant avait cessé, mais par contre le pauvre docteur fut tourmenté par une ophthalmie et un mal de tête très-incommode, l'un et l'autre subordonnés aux influences atmosphériques.

Il essaya successivement de toutes les eaux minérales, thermales et sulfureuses, rien ne le soulageait efficacement, et il fut condamné à s'envelopper de laine, de pied en cap, pour ne pas souffrir, même au fort de l'été. Il n'osait plus saluer personne, de peur qu'en se découvrant, il ne fût pris de forts maux de tête. Il n'osait se laver impunément, ni se faire couper les cheveux, etc.

A travers tout cela, le sommeil était paisible et la digestion bonne; et après avoir souffert quinze ans de la diarrhée, il souffrait actuellement, depuis quinze autres années, de son rhumatisme peaucier: les palpitations et l'ophthalmie avaient cessé.

En 1830, son mal atteignit le plus haut degré. A cette époque, il y avait, à l'hôpital d'Augsbourg, une fille de vingt ans environ, qui, dès l'âge de sept ans, avait manifesté des symptômes de somnambulisme. Cette personne

fut magnétisée par les soins du docteur Hœrger, médecin en chef de l'hôpital d'Augsbourg. Le docteur Wetzler eut l'idée de s'entretenir avec elle sur sa maladie. Cette somnambule lui prescrivit l'usage d'un savon oléagineux camphré, ainsi composé :

Faites dissoudre 1 livre de savon blanc dans 1/2 livre d'eau; puis ajoutez 1/4 de livre d'huile d'olive, en faisant cuire doucement et remuant le tout pendant une demi-heure; puis, enfin, ajoutez, après avoir laissé refroidir convenablement cette masse, 2 onces de camphre, et faites-en un savon.

C'est avec ce savon que le malade, selon l'ordonnance de la somnambule, devait se laver, d'abord au moyen de l'eau chaude, puis successivement avec de l'eau plus froide, jusqu'à ce qu'il arriverait finalement à se servir d'eau à la glace. Au fur et à mesure qu'il serait arrivé à supporter ces lotions froides, il devait se débarrasser des vêtemens de laine qu'il portait sur la peau.

Le docteur Wetzler n'ayant guère confiance dans ce remède, attendu qu'il avait déjà essayé antérieurement, sans succès, des lotions chaudes et froides, ne suivit l'ordonnance de la somnambule que beaucoup plus tard, et lorsqu'il fut porté au désespoir par la gravité de son mal. La réussite en fut merveilleuse : au bout de trois mois de lotions, il fut complétement guéri de son infirmité.

Dès-lors le docteur Wetzler fit une série d'essais sur différens malades affectés d'infirmités plus ou moins analogues à la sienne. Il n'eut qu'à se louer de l'efficacité de ce savon oléagineux camphré. Voici les cas qu'il cite :

Angine chronique avec enrouement; goutte remontée à l'estomac; trachéo-bronchite chronique; irritabilité pulmonaire, avec disposition à la pneumonie; hyperesthésie

de la peau, avec dérangement nerveux général; dysménorrhée, suite d'onanie, avec faiblesse générale, et danse de Saint-Guy; affection hystérique; affections rhumatismales diverses (sciatique); leucorrhée rebelle (injection avec la solution de savon camphré); *prurigo vulvæ et vaginæ;* engelures; brûlures; foulure; entorse.

L'auteur donne l'histoire de trente-six observations de ce genre.

Il passe ensuite à la préparation la plus convenable de ce savon, et indique les formules suivantes :

Sapo oleaceus :

℞. *Saponis,* ℥xvj;

Coq. c. aq. font., ℥viij, *in vase terreo vitreato leni igne sedulo agitando ad consist. pultis.*

Add. ol. olivar., ℥vj;

Coq. eodem igne sub cont. agit. per ¼ *hor. massam effunde in form.*

Sapo camphoratus, n° Ier et n° II.

℞. *Saponis,* ℥xvj; *coq.,* etc., etc.

Add. ol. olivar., ℥v, *ad.* ℥vij;

Coq. ad consist. pultis tenuis.

Massæ ab igne remotæ ac semi refrigeratæ admisce : Camphor. in ol. oliv., ℥j, *ad* ℥ij *solut.,* ℥j, *ad* ℥ij, etc.

L'auteur fait ensuite des remarques sur l'emploi présumable de ces savons dans différentes maladies, et comme agents préservatifs.

Il termine son ouvrage par un appendice sur le choléra, dans lequel il discute les différentes théories émises au sujet de cette maladie, et finalement il recommande son savon camphré.

T. Boeckel.

Die Wuth-Krankheit nach bisherigen Beobachtungen und neueren Erfahrungen dargestellt. — La rage, décrite d'après les observations faites jusqu'à nos jours, et d'après les expériences les plus récentes; par le docteur M. DE LENNOSSÉK. (Pesth et Leipzig, 1837; VIII — 426 p., in-8°.)

La rage, l'une des plus affreuses maladies qui puissent affliger l'humanité, exerce depuis des siècles la sagacité des médecins, sans que, jusqu'à présent, on ait pu encore trouver des moyens efficaces pour en combattre les effets. Les nombreuses observations éparses dans les journaux, les traités particuliers, les monographies publiées dans toutes les langues des peuples civilisés, attestent les efforts des médecins pour augmenter nos connaissances sur cette affection aussi obscure que terrible. Tous ces travaux ne sont pas restés sans résultat, ils ont contribué à faire cesser des préjugés funestes, à améliorer le traitement prophylactique, à faire surgir des opinions nouvelles qui peut-être conduiront un jour à une connaissance plus positive de la maladie, et par conséquent à une meilleure thérapeutique.

M. de Lennossék, qui occupe une position élevée dans la médecine, avait été chargé par le gouvernement de Hongrie, de rédiger une instruction populaire sur la rage, ainsi que des réglemens de police sanitaire, destinés à mettre autant que possible des bornes à ce fléau; il a profité de cette occasion pour rassembler tout ce qui avait été écrit sur cette maladie, et pour réunir ces nombreux documens en un corps de doctrine. La monographie que

nous annonçons, peut donc en quelque sorte tenir lieu de toutes celles qui l'ont précédée.

Son travail est divisé en deux parties; dans la première, il traite, d'une manière générale, de la rage chez l'homme et chez les animaux, et des moyens qu'on a cherché à lui opposer. La seconde est consacrée à la rage, considérée uniquement dans l'homme. Chacune de ces parties comprend trois chapitres.

Le premier chapitre intitulé: *Remarques générales sur la rage,* renferme des recherches historiques très-étendues et pleines d'intérêt, puis des considérations sur l'insuffisance de nos connaissances actuelles et sur les obstacles qui viennent entraver les efforts des médecins dans leurs recherches sur la nature de la maladie. L'auteur donne ensuite le résultat des observations et des expériences faites jusqu'à ce jour, puis indique, dans une longue série de questions, les points qu'il y aurait encore à éclaircir: 1° *Sous le rapport de l'origine de la rage chez les animaux:* La rage est-elle particulière au genre chien; ou bien, peut-elle se développer spontanément chez d'autres animaux? — Quels sont les animaux qu'elle attaque de préférence, les carnassiers ou les herbivores? — Quel est l'âge, le sexe, quelles sont les races de chiens qui y sont le plus exposées? — Quelles sont les contrées, les saisons, les constitutions atmosphériques qui favorisent le plus le développement de la rage spontanée? — Quelles sont les causes qui prédisposent le plus les animaux et en particulier les chiens, à cette affection? — Peut-on admettre une disposition particulière à la rage, et comment peut-on la reconnaître?

2° *Sous le rapport des phénomènes et de la nature de la rage chez les animaux et en particulier dans le genre chien:* Quels sont les phénomènes par lesquels la rage

manifeste sa présence? — Quels sont les symptômes qui la distinguent des autres maladies du genre chien? — La rage spontanée peut-elle être distinguée de la rage acquise; existe-t-il une rage larvée et cependant contagieuse, et comment peut-on la reconnaître? — La contagion peut-elle se reconnaître par quelques signes, avant l'explosion de la maladie? — L'horreur des liquides est-elle un signe essentiel de la rage chez les animaux et en particulier chez le chien? — Que peut-on conclure des recherches cadavériques, relativement au siége ou à la nature de la rage chez les animaux?

3° *Sous le rapport du développement et de la nature du virus rabifique:* Dans quelle période de la rage se développe le principe contagieux, et dans quel stade la maladie est-elle le plus contagieuse? — Le virus rabifique se développe-t-il seulement dans la rage spontanée, ou bien aussi dans la rage acquise? dans laquelle le danger est-il plus grand? — Dans quels organes se produit le virus? se développe-t-il dans la masse générale du sang, ou bien est-il sécrété par les glandes salivaires ou muqueuses? quel est son principal véhicule? est-ce uniquement la salive, ou bien, le sang et les autres liquides sont-ils aussi susceptibles de le transmettre? Le virus rabifique peut-il s'introduire dans l'économie autrement que par une plaie ou par une surface dénudée? — Agit-il encore après la mort de l'animal enragé; combien de temps peut durer sa propriété contagieuse; est-elle détruite par la décomposition putride? — Quelles sont les substances susceptibles de transmettre ce virus? et combien de temps peut-il conserver ses vertus? — Quelles sont ses propriétés physiques et chimiques, et quels sont les moyens capables de le décomposer et d'en détruire les effets?

4° *Sous le rapport du traitement préservatif et curatif de la rage chez les animaux:* Existe-t-il des moyens de détruire ou du moins de diminuer dans les animaux, la disposition à contracter la rage? — Par quels moyens peut-on les préserver du danger? Lorsque le virus est déjà communiqué aux animaux, peut-on le rendre inoffensif et empêcher l'explosion de la maladie? — Que nous enseignent les essais de traitement faits jusqu'à présent sur les animaux enragés?

5° *Sous le rapport des causes de la rage dans l'espèce humaine:* A-t-on des exemples incontestables de rage véritable développée spontanément chez l'homme, sans aucune infection préalable? — Quels animaux, outre ceux du genre chien, peuvent communiquer la rage à l'homme? — La rage spontanée des animaux est-elle seule contagieuse pour l'homme, ou bien la rage communiquée l'est-elle aussi? — A-t-on des exemples véridiques et bien constatés qu'un homme, affecté de cette maladie, l'ait communiquée à un autre homme, ou même à un animal? — Par quelles voies le principe contagieux est-il transmis à l'homme? — Certains hommes ont-ils plus que d'autres une disposition à contracter cette maladie, et comment peut-on reconnaître cette disposition? — Comment l'homme peut-il se préserver de cette maladie quand il est en rapport avec un animal enragé, ou quand il se trouve près d'un hydrophobe?

6° *Sous le rapport du développement, de la marche et de la nature de la rage chez l'homme:* Par quels phénomènes généraux et locaux le virus contagieux manifeste-t-il sa présence chez l'homme? — Par quels symptômes la maladie s'annonce-t-elle? — Quels sont les traits principaux de la maladie dans tous ses stades, jusqu'à la mort?

— Existe-t-il des signes pathognomoniques de la rage? L'horreur des liquides est-elle un symptôme constant de cette maladie? Comment se distingue l'hydrophobie propre de l'hydrophobie symptomatique? — Quels rapports a la photophobie avec la rage? — Qu'enseigne l'expérience relativement au temps pendant lequel la maladie demeure latente? — Quelles sont les causes et les circonstances qui favorisent, chez l'homme, l'invasion de la maladie? — Que peut-on conclure des observations et des autopsies relativement à la nature de la rage chez l'homme? — Dans le cas où il serait constaté que la rage humaine est contagieuse, il resterait à rechercher dans quels organes se développe le principe contagieux, quels sont les liquides ou les solides qui en sont les conducteurs principaux, et par quelles voies il se sépare.

7° *Sous le rapport du traitement de la rage chez l'homme :* Quels sont les moyens prophylactiques, locaux ou généraux, susceptibles de détruire le virus rabifique, ou de l'empêcher de passer dans la masse des liquides? — Combien de temps après l'introduction du principe contagieux le traitement local peut-il encore être efficace? Quelles circonstances favorisent le succès des topiques employés plus tard? — Quels sont les remèdes internes les plus propres à soutenir l'action des remèdes locaux? — Combien de temps faut-il continuer le traitement général et local pour être assuré du succès? — La maladie, une fois développée, est-elle susceptible de guérison? Quand et dans quelles circonstances a-t-on lieu de l'espérer? — Quelles méthodes de traitement ont le mieux réussi jusqu'à présent?

Nous avons reproduit cette série de questions intéressantes, afin de faire voir les nombreuses recherches qu'il y aurait encore à entreprendre relativement à une maladie

sur laquelle on a déjà tant écrit. La plupart de ces questions ont été agitées dans les nombreux *Traités* publiés jusqu'à ce jour ; quelques-unes ont été résolues d'une manière satisfaisante, d'autres sont restées obscures, et plusieurs n'ont pas encore été touchées. Il serait à désirer, ainsi que l'exprime l'auteur, que les sociétés de médecine missent au concours ces diverses questions dont la solution intéresse si vivement l'humanité; peut-être arriverait-on peu à peu à avoir des connaissances plus positives sur la nature de cette hideuse maladie.

L'auteur consacre le second chapitre à l'étude de la rage dans le genre chien et dans les autres animaux. Il en décrit les symptômes, la marche, ainsi que les résultats de l'examen cadavérique, et expose avec détail les maladies des chiens qui ont quelque analogie avec la rage. Il recherche ensuite quelles sont les causes de la rage spontanée, étudie le principe contagieux, et cherche à résoudre quelques-unes des questions qu'il a posées plus haut. Après avoir décrit les symptômes et la marche de la maladie chez les autres animaux domestiques, il termine ce second chapitre par un exposé des moyens préservatifs que nous pouvons employer contre la rage canine ou celle d'un autre animal. Tous ces sujets étant traités avec beaucoup de développement, nous ne saurions en présenter qu'une analyse incomplète, et qui serait nécessairement tronquée; nous nous bornerons à mentionner les principaux moyens préservatifs recommandés par l'auteur. 1° Il faut donner aux animaux une nourriture suffisante et convenable : des alimens végétaux ou mélangés sont préférables, pour les chiens, à une nourriture purement animale. On devra se débarrasser avec soin des chiens sans maître, errants et exposés à la faim.

2° On doit surveiller avec beaucoup d'attention l'époque du rut, surtout chez les mâles, et aussitôt qu'on aper çoit les moindres traces de la maladie, il convient de les tenir enfermés, et de les observer.

3° L'époque de la lactation n'est pas moins dangereuse chez les chiens et chez les chats, car la suspension subite de la sécrétion du lait peut produire diverses maladies, et entre autres la rage; il est donc dangereux de priver les mères de leurs petits, trop tôt après la mise-bas.

4° Enfin il faut se garder d'agacer, de tourmenter inutilement les chiens et les chats, surtout à l'époque du rut ou lorsqu'ils ont des petits.

Ce chapitre est terminé par quelques idées générales sur le traitement prophylactique des individus mordus par un chien suspect. Ce traitement devra consister à faire faire des lotions fortement alcalines sur tout le corps, à laver les plaies avec des dissolutions concentrées de potasse, de sel de cuisine, de chlorure de chaux, à cautériser profondément ces mêmes plaies, puis à les faire long-temps suppurer en les saupoudrant de cantharides, etc.

Dans le troisième chapitre, l'auteur examine les moyens nombreux et variés qui ont été préconisés jusqu'ici dans le traitement de la rage, et cherche à apprécier la valeur thérapeutique de chacun d'eux. Cette appréciation de tous les essais tentés par les médecins anciens et modernes, conduit M. Lennossék à émettre l'opinion que la rage est du nombre des maladies incurables et mortelles. Cependant il se hâte d'ajouter qu'il nous reste une consolation et une ressource dans l'emploi du *traitement local*, le seul qui puisse encore nous faire espérer d'arrêter le mal. L'auteur revient alors sur ce traitement, dans lequel on a pour but de faire disparaître le virus de la plaie, d'en pré-

venir l'absorption ou de le détruire, et l'expose avec plus de détails qu'il ne l'avait fait précédemment.

Parmi les divers traitemens prophylactiques que l'auteur passe en revue, nous remarquerons celui du docteur Kruttge, que ce médecin a introduit en 1797 à l'hôpital de Breslau, et qui s'est constamment montré efficace. Quoique cette méthode soit ancienne et assez généralement connue, nous croyons cependant devoir l'exposer ici, à cause des succès remarquables obtenus par tous les médecins qui l'ont employée. On commence par nettoyer soigneusement la plaie avec une éponge trempée dans de l'eau chaude, puis on en écarte les lèvres, et on la remplit de poudre de cantharides, en ayant soin de faire arriver celle-ci dans toutes les sinuosités de la plaie; on applique ensuite sur cette dernière un emplâtre vésicant assez grand pour qu'il la dépasse au moins d'un demi-pouce. Lorsque le vésicatoire a produit son effet, on enlève l'épiderme, on nettoie la plaie, et, si elle est profonde, on recommence la même opération; mais si elle n'est que superficielle, on se contente de la panser avec un onguent de cantharides. On fait deux pansemens par jour et l'on entretient la suppuration pendant six semaines entières. Outre ce traitement local, on donne au malade, toutes les trois ou quatre heures, ½ à 1 grain de calomel, et l'on fait faire matin et soir une friction de 20 à 30 grains d'onguent napolitain, d'abord sur une extrémité, puis sur l'autre, alternativement. On continue l'emploi du mercure jusqu'à ce que le malade éprouve une forte salivation, et l'on entretient celle-ci avec des doses modérées de calomel, jusqu'à la fin du traitement prophylactique. L'auteur de ce rude traitement a soin de prévenir que si, pendant sa durée, on acquiert la certitude que le chien n'est pas enragé, on devra

cesser le mercure, mais continuer cependant à faire suppurer la plaie. Au bout des six semaines, on laisse guérir celle-ci, mais on place un cautère au bras ou à la cuisse, et on l'entretient pendant un an.

Dans cette méthode de traitement, il faut observer avec la plus scrupuleuse exactitude les règles suivantes: 1° Ne jamais cautériser les plaies; 2° traiter suivant la méthode indiquée, toutes les plaies, même les plus petites; 3° entretenir la suppuration au moins pendant six semaines, quelquefois même jusqu'au soixante-dixième jour; 4° la salivation est une chose indispensable et doit être provoquée le plus tôt possible. Dans l'espace de vingt ans, 200 individus furent traités à l'hôpital de Breslau, par la méthode du docteur Kruttge, et tous avec succès. Sur 24 personnes qui avaient été mordues par un même chien, en 1802, 17, traitées ainsi, guérirent; tandis qu'une petite fille mourut hydrophobe le trente-cinquième jour, parce que le traitement n'avait pas été complet. L'efficacité de ce traitement a été confirmée à Berlin et dans le royaume de Hongrie.

Nous arrivons à la deuxième partie du travail de l'auteur, celle qui embrasse l'étude de la rage chez l'homme en particulier. Cette partie comprend aussi trois chapitres, le premier consacré à la nosographie, le deuxième au traitement, le troisième à des mesures de police médicale et d'hygiène publique. Parmi les questions importantes qui sont traitées dans le premier chapitre, nous remarquerons ce qui concerne la rage spontanée. Malgré les nombreux exemples qui semblent résoudre la question affirmativement, l'auteur paraît douter de leur exactitude et il fait observer sagement que, d'une part, il peut y avoir eu infection sans qu'on y ait pris garde, et que d'un autre côté

il existe des affections du système nerveux qui se manifestent par un groupe de symptômes très-analogues à la rage. Il en cite de nombreux exemples. Quant à la question de savoir si cette rage spontanée est contagieuse, l'auteur se prononce pour la négative. Il passe ensuite à l'étiologie, étudie la période d'infection, les prodromes, la marche et la durée de la maladie, en un mot tout ce qui se rattache à la nosologie, au siége et à la nature de cette affection. Le deuxième chapitre, consacré au traitement, n'est en grande partie qu'une répétition de ce qui a déjà été dit plus haut; nous ne nous y arrêterons pas.

Le troisième chapitre renferme l'exposé des mesures relatives à la santé publique, que les gouvernemens doivent prendre contre la rage. Cet exposé, publié dans tout le royaume de Hongrie, est très-détaillé; quoique ces mesures soient connues de toutes les personnes qui s'occupent de police sanitaire, nous croyons cependant, vu leur importance, devoir en reproduire une partie.

La première chose à faire, pour mettre des bornes aux ravages causés par cette affreuse maladie, c'est de diminuer autant qu'il est possible, le nombre des animaux susceptibles d'acquérir la rage spontanée. Ainsi on cherchera à purger le pays des loups, des renards, des lynx, des blaireaux. Mais ces animaux sauvages sont encore loin d'être aussi dangereux que les différentes races de chiens. L'auteur désire donc que l'autorité mette des bornes au nombre quelquefois prodigieux de ces animaux dans une localité. Il propose pour cela que l'autorité défende d'entretenir un nombre trop considérable de chiens dans une maison, et qu'elle veille principalement à ce qu'on ne nourrisse pas de chiens inutiles; de détruire tous les chiens qui n'ont pas de maîtres, et surtout de tuer les chiens suspects.

Les mêmes mesures devront être prises contre les chats. On doit ensuite s'occuper de prévenir l'apparition de la maladie chez ces animaux. Il faut pour cela se rappeler que les chiens ont en eux une disposition innée à contracter la rage; que toutes les races de chiens y sont sujettes, tous les âges, tous les sexes et même les chiens châtrés; qu'il n'existe aucun moyen de combattre cette disposition; que les chiens peuvent devenir enragés dans toutes les saisons, par toutes les températures, quelle que soit leur nourriture et dans des circonstances très-variées; qu'on ne connaît pas les circonstances dans lesquelles la rage peut se développer spontanément, mais qu'une fois développée elle peut se transmettre d'un chien à un autre, à d'autres animaux ou a l'homme; que cependant nous pouvons, dans certains cas, empêcher l'explosion de la rage spontanée et que nous possédons des moyens de diminuer le danger de l'infection.

Cela posé, pour prévenir, autant que possible, le développement de la rage, il faut préserver les chiens contre des changemens trop subits de température, ne pas les laisser souffrir trop longtemps de la faim ou de la soif, ne pas leur donner d'alimens indigestes ou de viandes en putréfaction; éviter de les agacer, de les tourmenter inutilement; ne pas chercher à vouloir réprimer en eux l'instinct sexuel, et éviter que les mâles soient en trop grande proportion relativement aux femelles; enfin se garder de priver trop tôt les mères de leurs petits, etc. L'auteur donne encore d'autres détails qui sont assez connus pour que nous puissions nous dispenser de les reproduire. Il expose ensuite les signes de la rage chez les chiens, puis indique les mesures à prendre, lorsque la maladie s'est déclarée chez l'un ou chez plusieurs de ces animaux. Ces mesures

sont très-minutieuses : elles consistent à extirper le principe contagieux, non-seulement dans l'animal lui-même, mais aussi dans tous les objets avec lesquels il aurait pu avoir quelque contact. Viennent ensuite les précautions que l'homme doit prendre, et ici se reproduisent les préceptes de traitement prophylactique déjà indiqués dans le corps de l'ouvrage, puis les signes et le traitement de la rage confirmée, mais envisagés sous le point de vue de l'hygiène publique.

L'ouvrage du docteur de Lennossék est recommandable sous bien des rapports, et par une érudition riche et profonde, et par des discussions lumineuses appuyées de faits intéressans ; mais il aurait pu être réduit à des dimensions bien plus restreintes, il renferme des longueurs et beaucoup de répétitions que l'auteur aurait pu, ce nous semble, éviter.

Die Mercurial-Krankheit in allen ihren Formen. — *La maladie mercurielle dans toutes ses formes*, par G. L. Dieterich. (Leipzig, 1837; in-8°; viii-422 p.)

Ce livre est un travail de longue haleine sur l'emploi du mercure et sur les maladies qu'on attribue, à tort ou à raison, à ce médicament. Les partisans exclusifs du traitement, sans mercure, des maladies syphilitiques trouveraient dans le long catalogue des affections dites mercurielles, que décrit le docteur Dieterich, des motifs puissans pour appuyer leur opinion; cependant, s'il est vrai de dire en thèse générale que le mercure *tue la vie organique*,

c'est-à-dire, qu'il agit directement contre la nutrition, il faut bien se garder d'envisager cette proposition comme toujours vraie : car on serait conduit à bannir de la thérapeutique un agent précieux, qui rend des services éminens et incontestables à ceux qui savent l'employer. D'ailleurs, ne serait-ce pas par une erreur d'étiologie que l'on aurait exagéré les effets nuisibles du mercure? n'aurait-on pas souvent attribué uniquement à cette substance des maladies produites ou aggravées par une dyscrasie scorbutique, scrophuleuse, syphilitique ou autre? L'auteur agite longuement cette question, sans que, pour nous, elle soit résolue d'une manière positive; et si nous ne nions pas d'une manière absolue la maladie mercurielle, nous pensons que le mercure n'est pas la cause unique de cette dyscrasie, et notre opinion est fondée sur ce qu'on ne nous a pas encore prouvé que les phénomènes qui constituent cette affection, peuvent se déclarer chez un individu exempt jusque-là de toute cachexie, soit syphilitique, soit scrophuleuse, soit scorbutique; en d'autres termes, nous croyons que la dyscrasie mercurielle est produite par l'action du mercure sur un organisme déjà détérioré, mais qu'elle n'existe pas par elle-même. Quoi qu'il en soit de ce point de discussion, qui est cependant d'une haute importance pratique, l'ouvrage du docteur Dieterich est recommandable par une érudition riche et vaste, et par les faits nombreux qu'il a recueillis dans les auteurs ou dans sa pratique. La bibliographie y est traitée avec un soin particulier; l'auteur, ainsi qu'il est d'usage en Allemagne, a réuni, en tête de l'ouvrage, tous les écrits qui ont paru sur cette matière, et de plus, il donne, au commencement de chaque chapitre, la liste des livres ou mémoires qui se rattachent à l'objet particulier de ce chapitre. Après un

historique très-détaillé sur l'emploi du mercure et sur la maladie mercurielle, il décrit d'une manière générale cette affection : cette première partie occupe la moitié de l'ouvrage. Il étudie ensuite les formes particulières, aiguës et chroniques de la maladie, formes trop nombreuses et trop variées pour que nous en puissions donner l'analyse.

Medicina externa morborum internorum, sive methodi iatralepticæ et endermaticæ expositio historica, physiologica et therapeutica, nec non utriusque comparatio; auctore C. Jos. van Cooth. (Utrecht, 1834. In-8°; 617 p.)

Cet ouvrage, couronné par la Faculté de médecine d'Utrecht, renferme une histoire à peu près complète de la méthode iatraleptique et de la méthode endermique, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. A l'occasion de la méthode endermique, l'auteur étudie, avec beaucoup de soin, la structure et les fonctions de la peau, et en particulier ses fonctions absorbantes; il fait voir que les veines et les vaisseaux lymphatiques président à l'absorption, mais plus encore les premières que les derniers; il rapporte, à l'appui de ses assertions, un grand nombre d'observations et d'expériences. Il cite ensuite une série d'observations, pour prouver que les médicamens introduits par la peau agissent de la même manière que ceux qui sont donnés à l'intérieur. L'auteur consacre deux chapitres à l'examen des indications et des contre-indications des deux méthodes; puis il les compare entre elles, et termine par des corollaires généraux.

Il résulte de ce travail, que la méthode iatraleptique est d'une grande importance dans le traitement de toutes les maladies; tandis que la méthode endermique est plus restreinte, plus bornée, tant à cause du petit nombre de médicamens qui peuvent être administrés de cette manière, qu'à cause de l'irritation que produit souvent la dénudation de la peau.

CHIRURGIE.

Amputation du fémur dans l'articulation coxo-fémorale, suivie de guérison; par le professeur JÆGER, d'Erlangen[1].

Une fille de la campagne, âgée de vingt-cinq ans, entra le 27 août 1832, à la clinique chirurgicale d'Erlangen, pour se soumettre à l'amputation de la cuisse, que le professeur Jæger lui avait déjà proposée antérieurement. Cette fille, depuis l'âge de douze jusqu'à quinze ans, avait porté, au-dessus du condyle interne du fémur gauche, un abcès fistuleux, qui ne suppurait que faiblement, et n'avait pas empêché l'usage du membre. Depuis cette époque, et après la guérison de cette fistule, elle avait joui d'une parfaite santé. Il y a un an, sans doute à la suite de plusieurs refroidissemens, elle fut atteinte d'un gonflement de toute l'extrémité inférieure gauche, et au bout de quinze jours, deux abcès se formèrent au-dessus des condyles; ces abcès s'ouvrirent spontanément, et donnèrent issue à une

[1] *Schmidt's Jahrbücher;* t. XIII, p. 59.

quantité abondante de pus. Plus tard le genou se tuméfia considérablement, et devint le siége de vives douleurs; la fièvre hectique se déclara; la malade, maigrissant à vue d'œil, se décida enfin à l'opération. La moitié inférieure de la cuisse gauche était médiocrement tuméfiée, et peu sensible à la pression. La jambe formait avec la cuisse un angle obtus; le genou était raide, tuméfié, dépassant de près de trois pouces, le volume du genou sain; la malade y ressentait des douleurs profondes, surtout pendant la nuit, et lorsqu'on pressait la rotule ou le condyle interne du fémur, qui formait en dedans une saillie considérable.

La sonde, introduite par les deux fistules situées au-dessus des condyles, fit percevoir une nécrose du fémur et une carie de l'articulation; cette exploration fit sortir une quantité notable d'un pus liquide de mauvaise nature. Le corps entier a beaucoup maigri, la menstruation est suspendue depuis un an, cependant la fièvre est modérée, les sueurs nocturnes ont cessé, l'appétit, les selles, le sommeil sont, depuis quelques semaines, à l'état normal. Le professeur Jæger déclara que la maladie consistait en une carie de l'articulation du genou, et, en particulier, des condyles du fémur, par suite d'une nécrose de cet os, et que l'amputation devait être pratiquée dans son tiers supérieur. L'opération n'étant pas urgente, fut différée jusqu'à la rentrée des cours, d'autant plus qu'on espérait que pendant ce temps la malade reprendrait des forces, ce qui eut lieu en effet.

Le 8 novembre, le professeur Jæger fit pratiquer l'amputation par un de ses élèves, de la manière suivante : un aide placé du côté droit fut chargé de comprimer l'artère fémorale; l'opérateur, placé au côté externe, enfonça un couteau à double tranchant dans le tiers supérieur de

la cuisse, et tailla un lambeau externe long de 4 pouces; puis, avec un couteau à amputation ordinaire, il trancha d'un seul trait la peau et les muscles par une section demi-circulaire, un travers de doigt au-dessous de la première incision, et sépara quelques lambeaux musculaires qui tenaient encore à l'os. Les parties molles étant maintenues par un aide, l'opérateur pratiqua l'ablation du fémur avec la scie de Brünninghausen, puis lia les artères crurale et profonde. Déjà, pendant la section de l'os, on remarqua que celui-ci devait être malade; on le trouva, en effet, carié à sa partie inférieure; cependant la lamelle externe de l'os était saine et recouverte par le périoste. En conséquence, le professeur mit l'os à nu dans l'étendue de 2 pouces, et voyant que la carie s'étendait encore vers le haut, il enleva une couche de 3 à 4 lignes d'épaisseur. Alors on découvrit une véritable carie fistuleuse, qui s'étendait derrière le grand trochanter jusqu'à son extrémité; le petit trochanter était en partie dénudé. Dans ces circonstances, abandonner ce moignon malade, c'eût été entretenir une suppuration qui aurait infailliblement amené la mort de l'opérée. Le professeur Jæger se décide donc à désarticuler le fémur; à cet effet, il porte un petit couteau convexe dans l'angle antérieur de la plaie, et prolonge l'incision de 2 pouces vers le haut; puis, dégageant l'os de toutes parts et séparant les muscles de leurs attaches aux deux trochanters, il imprime des mouvemens au moignon et incise sans difficulté le ligament capsulaire et le ligament rond. La cavité cotyloïde fut trouvée parfaitement saine. Il ne s'écoula pendant cette seconde opération qu'une très-petite quantité de sang. Il restait réellement beaucoup trop de parties molles, après l'ablation de l'os, et l'on aurait très-bien pu enlever le lambeau

externe, afin d'avoir une plaie circulaire; mais M. Jæger redoutait de prolonger davantage une opération aussi douloureuse, d'autant plus que la malade avait eu un commencement de syncope. Il réunit donc la plaie par des points de suture et par quelques bandelettes; il laissa l'angle inférieur tout à fait libre, afin de permettre l'écoulement des liquides. On n'appliqua pas d'autre bandage; le moignon, enveloppé de fomentations froides, fut placé sur un coussin de balles d'avoine; la malade reçut pour boisson du lait d'amandes.

L'examen anatomique du membre amputé fit reconnaître les lésions suivantes: Le tissu cellulaire sous-cutané du genou et les ligamens capsulaires avaient acquis une épaisseur de près de 2 pouces; toutes les parties de l'articulation étaient cariées, les deux condyles du fémur détruits, la face postérieure de la rotule et les surfaces articulaires du tibia dénudées; tout le fémur était épaissi, inégal, bosselé et rougeâtre; il existait à sa partie postérieure et inférieure trois cloaques renfermant un séquestre qui communiquait avec la carie des condyles; le périoste était très-épaissi et parcouru d'un grand nombre de vaisseaux. En examinant le fémur à l'endroit où la première section avait été faite, on vit qu'il existait une carie interne, c'est-à-dire que les lamelles osseuses étaient détachées les unes des autres, dénudées de leur périoste interne et d'un aspect noirâtre. Cette carie augmentait peu à peu en étendue dans la portion qui avait été séparée en second lieu, et finissait par former une fistule qui s'étendait du petit au grand trochanter et s'ouvrait à l'extrémité de ce dernier. L'intérieur du col et de la tête du fémur était mou, riche en vaisseaux et avait la consistance du cartilage.

L'opération fut suivie d'une légère syncope; le pouls fut très-petit pendant la journée et la nuit suivante, le visage très-pâle; cependant il n'y eut pas de frissons et les douleurs furent modérées; on prescrivit 10 gouttes de laudanum et le soir une tasse de bouillon. *Deuxième jour:* Figure pâle, pouls petit, beaucoup de soif, le moignon un peu tuméfié, mais non douloureux; lait d'amandes et fomentations froides. *Troisième jour:* Point de douleurs; le moignon plus tuméfié, sa peau blanche et luisante; une sérosité sanguinolente s'écoule par l'angle inférieur de la plaie, soif moindre, pouls un peu relevé. On enlève les bandelettes et trois points de suture qui exerçaient une tension trop forte; on supprime les fomentations froides et on couvre la plaie de plumasseaux enduits de cérat que l'on maintient mollement par des bandelettes, une compresse et un simple bandage à trois chefs. La malade reçoit une légère soupe au vin et un peu de vin étendu d'eau; lait d'amandes pour la nuit. *Quatrième jour:* La malade a, pour la première fois, un peu dormi; aucune douleur dans la plaie, tuméfaction du moignon moindre, pouls plus lent, plus fort, soif modérée, chaleur de la peau naturelle, visage un peu coloré. On enlève l'appareil de pansement qui est imprégné de pus et de sérosité sanguinolente; la plaie est en grande partie nettoyée, mais le lambeau externe présente à son sommet une teinte bleuâtre; c'est pourquoi on applique des fomentations aromatiques et l'on prescrit une soupe au vin et de la bière pour boisson. *Cinquième jour:* Le sommet du lambeau est d'un bleu noirâtre, il s'écoule encore une sérosité rougeâtre par l'angle inférieur. On prescrit du chocolat et un jaune d'œuf dans du bouillon. *Sixième jour:* Le point noir du lambeau a deux travers de doigt d'étendue; cette gangrène par-

tielle diminua cependant peu à peu et finit par disparaître le dix-neuvième jour sous l'influence des fomentations aromatiques aiguisées d'acide pyroligneux; la suppuration aussi devint meilleure. Les deux ligatures tombèrent le douzième jour. Le vingt-deuxième, on put supprimer les fomentations, la plaie ayant un très-bon aspect. L'état général n'éprouva aucun dérangement; la malade reçut du quatorzième au trentième jour une légère décoction de quinquina. Le cinquantième jour, la plaie était presque entièrement cicatricée; l'opérée avait repris un embonpoint remarquable; la menstruation, qui manquait depuis un an, reparut le soixante-deuxième jour. Le soixante-sixième, cette fille fut atteinte à un faible degré de la varioloïde qui régnait alors; elle fut évacuée dans une salle de malades, où sa plaie guérit complétement. À sa sortie de l'hôpital, la cicatrice est très-solide, l'opérée est forte, jouit d'une santé florissante, est menstruée régulièrement et marche très-bien à l'aide de deux béquilles.

L'auteur attribue le succès de cette opération remarquable: 1° au *procédé opératoire* lui-même qui lui permit de désarticuler le fémur sans léser beaucoup de vaisseaux, et qui n'offrit aucun danger ni aucune difficulté; aussi croit-il que la désarticulation, après l'amputation préalable de la cuisse dans son tiers supérieur, mériterait d'être prise en considération, plus qu'elle ne l'a été jusqu'ici.

2° A l'*état modéré des forces de la malade.* Cette fille, qui jouissait, du reste, d'une bonne constitution, avait précisément ce degré de faiblesse qui permet d'endurer de grandes opérations; elle pouvait encore supporter une perte de sang modérée et n'était pas exposée à une violente réaction.

3° Enfin, en partie, à la simplicité du *traitement consécutif.* Le chirurgien chercha à prévenir l'inflammation d'une aussi grande plaie, en éloignant tous les bandages compressifs et en employant les fomentations froides. C'est ainsi que cette opération regardée généralement comme si terrible, s'est montrée ici très-simple dans son exécution et dans ses suites. L'auteur renvoie, à ce sujet, à son article Amputation du *Dictionnaire de Chirurgie et d'Ophthalmologie,* qu'il publie de concert avec MM. W. Walther et Radius, et termine en exprimant le vœu, qu'à l'avenir on se laisse moins effrayer par une opération qui souvent seule peut sauver la vie du malade.

Ligature de l'artère carotide dans un cas de tumeur érectile, chez un enfant de quinze mois; par M. le docteur Zeis, de Dresde[1].

L'enfant qui fait le sujet de cette observation portait, en venant au monde, une tumeur érectile (téléangiectasie) de la grosseur d'une pièce de dix sous, et située au devant de l'oreille gauche. Cette tumeur avait fait des progrès si rapides, que, lorsque l'opération fut résolue, elle était parvenue en avant jusqu'au milieu de la mâchoire inférieure, et touchait presque à l'angle des lèvres; elle atteignait en haut l'arcade zygomatique, se portait en arrière jusqu'au conduit auditif externe et à la face postérieure du pavillon de l'oreille, et s'étendait en bas jusqu'à l'angle de la mâchoire. En avant et en arrière la téléangiectasie avait son siége dans le tissu cellulaire sous-cu-

[1] *Schmidt's Jahrbücher;* t. XIII, p. 56.

tané, la peau était saine, seulement un peu bleuâtre; mais la partie moyenne et la plus élevée de la tumeur, située au devant de l'oreille, laissait voir un entrelacement de vaisseaux capillaires d'un rouge vif et d'un bleu foncé; ces vaisseaux étaient surtout très-turgescens vers les bords de cette place circonscrite, tandis que le centre présentait une cicatrice blanchâtre, en réseau, suite d'un caustique qui avait été appliqué autrefois. La tumeur s'élevait de deux pouces au-dessus des joues; elle était molle, indolente, se réduisait considérablement par la pression, ne présentait aucune ulcération et n'avait jamais saigné. Quelquefois elle était très-grosse, gorgée de sang, tendue et chaude, d'autres fois beaucoup plus petite, flasque, ridée et froide au toucher. Du reste l'enfant se portait bien. Dans cet état de choses, l'auteur, après avoir inutilement employé des astringens énergiques, se décida le 30 août, à pratiquer la ligature de la carotide primitive, moyen qu'il préféra à l'extirpation de la tumeur, afin d'éviter une hémorrhagie parenchymateuse. L'opération fut faite d'après le procédé ordinaire, au-dessus de l'entrecroisement des muscles omo-hyoïdien et sterno-cleido-mastoïdien; elle ne fut troublée que par des hémorrhagies veineuses que l'on arrêta facilement avec de l'eau créosotée. Vers la fin de l'opération, l'enfant, qui avait perdu quelques onces de sang, fut pris de hoquet, et au moment où l'on serra la ligature, il poussa un cri violent, d'une voix un peu rauque. La fièvre qui suivit l'opération, se dissipa au bout de quelques jours. La respiration était naturelle; mais pendant les huit premiers jours, l'ingestion des alimens et des boissons déterminait chaque fois des accès de toux. La voix resta longtemps rauque et ne recouvra jamais sa force et sa clarté; le ho-

quet persista pendant quelque temps. L'auteur attribue avec raison ces accidens à la ligature d'un cordon nerveux; cependant il assure avoir parfaitement dégagé l'artère, avant de la lier. La plaie suppura convenablement; le quatrième jour la ligature d'une veine se détacha, celle de l'artère tomba le huitième jour; il n'y eut que de légères hémorrhagies que l'on arrêta au moyen de l'eau créosotée. Le 11 novembre la plaie était entièrement fermée.

Quant à la tumeur érectile, aussitôt après l'opération elle était devenue plus petite, plus pâle, flasque, et présentait dans plusieurs points une couleur jaune-verdâtre. Les jours suivans elle était tantôt plus grande, tantôt plus petite, elle augmentait lorsque l'enfant poussait des cris, mais redevenait flasque aussitôt qu'il cessait de pleurer. Pour achever de la faire disparaître, l'auteur eut recours à la compression, au moyen d'une pelotte garnie d'un ressort qu'il fit passer par-dessus la tête; cette pelotte, appliquée depuis neuf semaines, avait déterminé un affaissement si considérable de la tumeur, que l'auteur avait lieu d'espérer la voir bientôt disparaître entièrement, lorsque l'enfant fut pris de convulsions, avec hémiplégie du côté droit. Il mourut dans un état de marasme. L'autopsie fut obstinément refusée, malgré les instances que fit le docteur Zeis pour l'obtenir.

Ligature de l'artère carotide primitive pour une tumeur anévrismale située dans l'orbite, par George Busk[1].

Un homme de vingt ans éprouva, le 13 juillet, à la suite d'un coup violent au côté droit de la tête, tous les accidens d'une commotion cérébrale, avec hémorrhagie abondante, par l'oreille droite, et une petite plaie derrière l'oreille gauche. De suite après le coup, il avait perdu connaissance et n'était revenu à lui que lentement; l'hémorrhagie avait duré toute la nuit. Le 15 juillet, toute la tête était prise; surdité complète du côté droit; gonflement séreux des paupières du côté gauche; pupille de ce côté dilatée et immobile, sans que la vue soit altérée; immobilité du globe de l'œil; paralysie incomplète des muscles du visage du même côté. Le 18 juillet: Les symptômes inflammatoires étaient devenus plus intenses, mais avaient été facilement combattus; pupille tirée vers le bas, vue affaiblie; quelquefois mouvement rotatoire du globe de l'œil, paraissant être produit par la contraction involontaire du muscle grand oblique; légère céphalalgie du côté gauche. Le 24 juillet: Tout le côté gauche du visage raide, extrêmement sensible au toucher; écoulement purulent par l'oreille droite. Le 28: la conjonctive de l'œil gauche était très-enflammée et œdémateuse, et, le 31, accumulation de pus entre les lames de la cornée, à sa partie inférieure. Bientôt après, le malade se plaignit d'un bruit particulier dans l'oreille droite. Au commencement de septembre, la paralysie de la moitié gauche du visage était

[1] *Schmidt's Jahrbücher*; t. XIII, p. 200.

complète; l'abcès de la cornée s'était ouvert et avait donné lieu à un ulcère de bonne nature. Le 1er décembre, la paralysie persistait au même degré, cependant la sensibilité était en partie revenue, à la suite de douleurs spasmodiques très-violentes. Mais depuis quelque temps on remarquait que l'œil faisait une saillie considérable, et de jour en jour il semblait sortir davantage de la cavité orbitaire. Le 1er février, une exploration attentive donna les résultats suivans: En pressant sur le globe de l'œil, on percevait distinctement des pulsations, et l'on sentait dans la profondeur de l'orbite une tumeur résistante, pulsative, qui paraissait avoir ½ pouce dans son plus grand diamètre transversal, et qui était située au-dessus du muscle releveur de la paupière supérieure; en soulevant cette paupière, la tumeur devenait, en partie, apparente par la saillie qu'elle imprimait à la conjonctive. En appliquant le stéthoscope, non-seulement sur l'œil même, mais encore à l'angle interne de l'œil droit, au côté gauche de l'os frontal et jusqu'à la racine des cheveux, on entendait un bruissement remarquable. Le malade se plaignait de bruits continuels semblables au son des cloches, au mugissement des vagues, etc.; l'œil était le siége de chaleurs et de sensations pénibles. Comme on faisait cesser ces pulsations et ces bruits, en comprimant la carotide primitive, on pensa que la ligature de ce vaisseau était le seul moyen de salut. On fit donc tirer, le soir, 20 onces de sang, et on pratiqua, le 2 février, la ligature de cette artère. Aussitôt les pulsations et les bruits anormaux cessèrent; ils se reproduisirent, mais à un faible degré, quelque temps après l'opération (On applique des compresses froides sur le front et sur l'œil, et l'on prescrit une potion calmante). Le 3 février: Pulsations obscures, bruits légers,

déglutition douloureuse, toux, douleur vive dans l'hypochondre gauche, pouls dur, ayant 120 pulsations. Une saignée de 16 onces amena un soulagement marqué. Le 4 février: On ne sent plus rien de la tumeur, les pulsations et les bruits ont entièrement disparu; quelques douleurs dans l'hypochondre droit provoquées par la toux; celle-ci est violente, accompagnée d'une expectoration muqueuse; pouls à 120, mou; constipation (Calomel avec extrait de coloquinte; sel amer avec teinture de digitale; looch). Le 6 février: Le malade se trouve faible, mais il est sans toux et sans douleurs. La conjonctive est moins injectée qu'avant l'opération, la cornée un peu plus claire; il s'est écoulé pendant la nuit un peu de sang caillé par la narine gauche. Le 18 février: La ligature est tombée il y a 3 jours; aujourd'hui la plaie est entièrement cicatrisée. Le malade n'éprouve que de la faiblesse et de la faim; le pouls est mou, 70 pulsations. La moitié supérieure de la cornée est tout-à-fait transparente; le malade peut voir très-bien par cette partie, quand la paupière est relevée; la moitié inférieure est opaque; la pupille est normale. Du reste on ne trouve plus aucune trace d'anévrisme, et l'œil est revenu à son état naturel. Le côté gauche du visage est encore paralysé; cependant la sensibilité est normale, à l'exception du côté gauche du nez qui devient, à un simple attouchement, le siége de douleurs lancinantes. Les mouvemens du globe de l'œil ne sont pas non plus rétablis, et le malade est encore très-sourd, surtout du côté gauche.

Sur la léthalité des blessures du canal thoracique; par le docteur Rudolphi, de Berlin[1].

Quoiqu'on ne connaisse aucun cas de blessures du canal thoracique qui n'ait été accompagné d'autres lésions très-graves et suffisantes pour expliquer la mort, et quoiqu'il soit même très-rarement possible de démontrer les plaies de ce canal, cependant la plupart des auteurs, s'appuyant moins sur l'expérience que sur des vues théoriques, affirment que ces sortes de blessures sont toujours mortelles en elles-mêmes. Pour éclairer cette question, l'auteur se demande: 1° si l'intégrité du canal thoracique est indispensable à la conservation de la vie? 2° quelle quantité de chyle peut s'écouler d'une plaie faite à ce conduit, et de quelle nature sont les suites qu'entraîne après elle la perte de ce fluide? 3° Le canal thoracique peut-il être lésé sans que la même cause qui a produit cette lésion, atteigne aussi des organes essentiels à la vie?

1° L'anatomie pathologique et les expériences sur les animaux ont démontré que l'intégrité du canal thoracique est moins importante qu'on ne pourrait le croire au premier abord. Les cas observés sur le cadavre, par A. Cooper, d'occlusion du canal thoracique, ainsi que les expériences de Magendie sur les chevaux, en fournissent des preuves. Les rapports anatomiques expliquent très-bien cette circonstance. Comme la vie ne peut subsister qu'autant que le sang reçoit, d'une manière non-interrompue, du nouveau chyle, la nature a pourvu aux anomalies que peut présenter le canal thoracique, et même aux plaies

[1] *Schmidt's Jahrbücher;* t. XII, p. 64.

qui pourraient intéresser ce conduit. L'auteur expose en peu de mots la disposition anatomique des vaisseaux lymphatiques en général, et leurs nombreuses communications avec les veines dans les différentes parties du corps; puis il rappelle les expériences de Flandrin, de Leuret et Lassaigne, ainsi que les travaux de Tiedemann et de Fohmann, et les opinions récemment émises sur l'absorption veineuse, ou sur la communication immédiate des vaisseaux lymphatiques avec les veines. On doit donc rectifier l'assertion avancée par quelques auteurs, que les lésions du canal thoracique empêchent le chyle d'être déversé dans le sang, et mettent ainsi obstacle à la nutrition.

2° Si l'afflux du chyle dans le sang n'est pas empêché par la lésion du canal thoracique, on se demande de quelle importance est la perte des sucs que cette lésion détermine, et quelles sont les suites de cette perte? On sait que lorsqu'un petit vaisseau lymphatique est lésé, comme cela peut arriver, par exemple, dans les saignées, il suinte de la plaie une lymphe très-ténue; la quantité de cette humeur peut devenir même assez considérable; et elle est proportionnellement plus abondante chez l'homme que chez les animaux. C'est un fait constaté par les observations d'Assalini, de Van-Swieten, de Sœmmering, et par les expériences de Magendie et d'Emmert. Si l'on en conclut à ce qui doit arriver lors de la section du canal thoracique, l'épanchement du chyle devra être si abondant qu'il amènera peu à peu la mort, soit par épuisement, soit par l'action de ce liquide sur les organes voisins. Sous ce rapport, le fait suivant rapporté par Bonnet, dans son *Sepulchretum*[1], offre beaucoup d'intérêt:

Un baron de Heinden avait reçu un coup de feu dans

[1] Sect. III, observ. 24, §. 5.

les reins ; la balle sortit au-dessous de l'omoplate gauche ; il ne se manifesta d'abord rien de particulier. Au bout de quinze jours, pendant lesquels la plaie supérieure s'était cicatrisée, il s'écoula par la plaie inférieure une quantité très-considérable d'un liquide blanc-jaunâtre. Cet écoulement persista pendant plusieurs mois. Quoique, pendant tout ce temps, le malade eût bon appétit, et ne manquât pas d'alimens substantiels, il maigrit de jour en jour, et fut enfin atteint d'une fièvre hectique. Cet état inquiétant ayant duré plusieurs mois, l'écoulement cessa pendant quinze jours, la fièvre diminua, et le malade reprit un aspect florissant; mais des écarts de régime firent reparaître l'écoulement de la lymphe, lequel dura constamment jusqu'à la mort du malade, qui fut précédée de convulsions et d'une paralysie de la moitié gauche du corps.

L'autopsie dit seulement que les poumons présentaient un degré de putréfaction remarquable, à l'endroit de la blessure.

Cette observation fait voir que les lésions du canal thoracique, tout en amenant l'amaigrissement et la fièvre hectique, peuvent cependant être supportées aussi long-temps que rien n'empêche l'écoulement de la lymphe au dehors.

En tout cas, il paraît que l'existence d'une ouverture extérieure est nécessaire, pour que la vie puisse se conserver long-temps. C'est aussi ce que semblent prouver les expériences de Lower sur des chiens, expériences d'après lesquelles on voit qu'en supprimant la communication avec le dehors, le chyle s'accumule dans la cavité thoracique, empêche les fonctions du cœur et des poumons, et amène la mort par suffocation beaucoup plus tôt que cela n'a lieu par la perte de ce liquide. L'auteur cite encore

quelques exemples tirés de Fr. Hoffmann, d'Otto et de Haller; puis il arrive à la troisième question.

3° Pour apprécier convenablement le degré de léthalité des plaies du canal thoracique, il faut surtout faire attention à la position de ce canal, puisqu'il est difficile de concevoir qu'il soit lésé, sans que d'autres organes importans le soient en même temps.

L'auteur rappelle, en peu de mots, ses rapports anatomiques, et se demande comment il peut être blessé, sans que la colonne vertébrale, l'aorte ou la veine azygos, le poumon ou l'œsophage soient aussi intéressés. Dans l'observation de Bonnet, la seule de ce genre qui soit connue, il y eut très-probablement lésion des poumons et de la moelle épinière, ce que l'autopsie ne dit pas. L'auteur conclut de ces raisonnemens et de ces faits qu'une blessure du canal thoracique seul est impossible; que les lésions de ce canal ne sont pas mortelles, parce que le chyle n'est plus versé dans le sang, mais plutôt parce que la position de ce conduit le soustrait aux ressources de l'art; que, s'il existe au dehors une ouverture par laquelle le chyle puisse s'écouler, la mort arrive tôt ou tard par épuisement, tandis que s'il n'existe aucune ouverture extérieure, la mort arrivera au bout de peu de temps, soit par suffocation, soit par l'inflammation des organes situés dans la poitrine. Le docteur Rudolphi, curieux de répéter les expériences de Lower, pria le docteur Spinola de s'en charger. Nous allons les rapporter aussi brièvement que possible.

Dans une *première expérience* qui eut lieu le 20 mai, le docteur Spinola pratiqua, sur un chien de petite taille, une incision derrière l'épaule gauche, entre la troisième et la quatrième côte, il perça la plèvre avec le doigt, et

alla à la recherche du canal thoracique, à l'endroit où il se porte de droite à gauche, pour se jeter dans la veine axillaire.

Afin d'avoir un résultat positif, et pour éviter toute effusion sanguine, l'opérateur ne se servit que du doigt, pour chercher le canal thoracique entre l'aorte et la colonne vertébrale, où il se présente sous la forme d'un vaisseau petit, rond et facile à comprimer; lorsqu'il l'eut trouvé, il le sépara avec l'ongle de ses adhérences avec le médiastin, et le saisit avec une petite pince, afin de le déchirer (l'opérateur doit se hâter le plus possible, afin de prévenir l'inflammation de la plèvre et des poumons par l'entrée de l'air dans la cavité de la poitrine). L'opération terminée, on ferma la plaie extérieure par le moyen d'une suture, et on replaça le chien dans son écurie.

Déjà dans l'après-midi du même jour, il survint une fièvre traumatique intense; cependant la plaie guérit rapidement.

Le 27 mai, le chien fut tué par de l'acide hydrocyanique, après qu'on lui eut préalablement fait boire du lait; et trois heures plus tard, on procéda à son autopsie. On trouva dans la cavité du thorax, dans le voisinage de la plaie, qui, du reste, était très-bien réunie, une exsudation jaunâtre qui unissait le poumon gauche à la plèvre costale, et qui s'étendait jusque sur la colonne vertébrale, entourant l'aorte et le canal thoracique. Après qu'on eut enlevé avec soin cette exsudation, on trouva le canal thoracique séparé du médiastin, très-petit et entièrement vide, tandis que dans le voisinage de la première vertèbre dorsale, où les vaisseaux lymphatiques du col viennent s'unir à lui, on le trouva distendu par une lymphe coagulée et assez consistante.

Une seconde expérience fut faite de la même manière. Le chien ayant été tué le sixième jour après l'opération, on trouva également une légère exsudation dans les environs de la plaie; le canal thoracique était séparé des parties voisines, mais n'offrait aucune trace de lésion; il était rempli de chyle.

Le troisième chien mourut des suites de l'opération, le dixième jour, après avoir offert des battemens de cœur irréguliers et intermittens, et une diminution progressive des forces. L'amaigrissement était considérable, la cavité abdominale n'offrait rien de particulier; mais en incisant l'extrémité antérieure gauche, on trouva un abcès considérable qui s'étendait jusqu'au col, et communiquait avec la cavité gauche de la poitrine; les veines du côté gauche étaient gorgées de sang; la cavité droite du thorax renfermait environ un demi-litre d'une sérosité jaune-rougeâtre.

A l'inspection du canal thoracique, on trouva qu'un peu avant son embouchure dans la veine axillaire, lieu où il avait été blessé, ses parois étaient très-épaisses, et adhéraient aux parties voisines par une lymphe plastique; sa lumière était entièrement fermée, au point qu'on ne put y faire passer du mercure. Cette occlusion était due à une exsudation rougeâtre qui adhérait fortement aux parois du vaisseau; la membrane interne était très-rouge, sans être ni épaissie, ni boursoufflée. Au-dessous du rétrécissement, le canal était distendu par le chyle. L'auteur attribue la mort de l'animal à l'abcès considérable qui se forma sur les côtés du cou et à l'exsudation de la cavité thoracique, plutôt qu'à l'occlusion du canal.

Dans une quatrième expérience, entreprise le 7 juillet, sur un vieux chien, il survint, de suite après l'opération, de l'abattement, du dégoût pour les alimens et les bois-

sons, une fréquence extraordinaire des battemens du cœur et une dyspnée excessive. Peu à peu la fréquence des pulsations du cœur diminua, mais la gêne de la respiration, ainsi que la tristesse de l'animal, persistèrent; il survenait souvent de violens frissons; cependant l'appétit revint, et l'amélioration fut telle que le 24 juillet l'animal pouvait être regardé comme entièrement guéri. Ayant été tué le 28, au moyen de l'acide prussique, on trouva dans le voisinage de la plaie une légère adhérence du poumon avec la plèvre costale; le canal thoracique n'était pas lésé, quoique ses membranes fussent considérablement épaissies un peu avant son embouchure dans la veine axillaire. La plaie extérieure était si bien cicatrisée qu'il était difficile de reconnaître l'endroit où elle avait eu lieu.

Ce qu'il y a de remarquable dans tous ces faits, c'est la facilité avec laquelle est supportée une opération qui semblerait devoir toujours être mortelle.



ACCOUCHEMENT.

Observations de grossesses extra-utérines.

Nous trouvons dans les *Annales* du docteur Schmidt[1] plusieurs observations intéressantes de grossesses extra-utérines, que nous nous empressons de communiquer à nos lecteurs. La première, empruntée à la *Gazette médicale de Londres*, est intitulée : *Cas de grossesse extra-utérine, terminée par la guérison;* par F. Hutchinson.

Une femme de vingt-huit ans, mariée depuis onze ans, et restée jusque-là sans enfant, devint enceinte au commencement du mois d'août 1834. Déjà, vers le milieu de septembre, le ventre avait acquis un volume inaccoutumé, surtout du côté gauche. Elle éprouvait parfois des douleurs spasmodiques extrêmement violentes dans les lombes et dans la région de l'estomac. Au mois d'octobre, elle crut sentir les mouvemens du fœtus, qui ne cessèrent plus à partir de la fin de décembre, et devinrent de plus en plus forts. Le ventre continua à se développer rapidement, tellement qu'au mois de janvier, il était aussi gros qu'au neuvième mois. A la fin d'avril, qui devait être, d'après le calcul de cette femme, le terme de sa grossesse, elle ressentit les douleurs de l'enfantement; ces douleurs continuèrent près de trois semaines, et furent accompagnées de l'écoulement, par le vagin, d'un liquide clair, quelquefois sanguinolent ou jaunâtre; il sortit aussi deux ou trois fois une matière fibreuse, puis les maux cessèrent, et avec eux

[1] T. XII, p. 182.

les mouvemens du fœtus. Le ventre continua à augmenter en volume, les pieds se tuméfièrent.

Le 14 juin 1835, la malade fit appeler le docteur Hutchinson, qui la trouva dans l'état suivant : Amaigrissement notable; pouls de 100 pulsations; appétit bon; constipation : les alimens solides déterminent des maux d'estomac; douleur à la partie inférieure des lombes, quand la malade est debout; menace de suffocation quand elle est couchée; le vagin rétréci et comprimé par une tumeur située entre ce canal et le rectum; l'orifice utérin difficile à percevoir, à cause d'une rétroversion considérable. L'état général empira jusqu'au 8 juillet; la malade éprouvait un besoin continuel d'uriner, un ténesme douloureux, avec des crampes dans les cuisses; en explorant l'abdomen, on sentait de la fluctuation. L'auteur, de l'avis de deux autres médecins, crut avoir affaire à une ascite avec tuméfaction de l'ovaire, et pratiqua, le 15 juillet, la paracentèse, en enfonçant un trocart dans la ligne blanche, à 2 pouces au-dessus de l'ombilic. Il sortit environ 6 pintes d'un liquide épais, visqueux, couleur de chocolat, d'une odeur désagréable; cette opération diminua considérablement les accès de suffocation. L'écoulement continua les jours suivans; peu à peu le liquide répandit une odeur infecte, et au bout de quinze jours, on vit des cheveux sortir par la plaie; plus tard, des morceaux de peau putréfiée, des membranes, que la malade compara à des intestins d'enfant. Alors on sentit, à travers les parois de l'abdomen, dans l'hypochondre gauche, un corps dur, qui ne pouvait être que la tête d'un fœtus. Cet état des choses persista pendant le mois d'août; la malade allait toujours de plus en plus mal, et laissait peu d'espoir de guérison si l'on ne parvenait pas

à la débarrasser complétement du fœtus. En conséquence, on agrandit l'ouverture de 2 pouces vers le bas, on s'assura que le fœtus avait encore assez de consistance pour être extrait sans danger pour la mère, et que le kyste qui le contenait était situé au devant des intestins. Alors, le 23 septembre, on prolongea l'incision de manière à avoir une ouverture de 5 pouces. On saisit l'extrémité supérieure gauche, que l'on sépara près de l'épaule, parce que le corps ne pouvait suivre en entier à cause de sa position oblique; on saisit ensuite le fœtus par un pied, et on en fit facilement l'extraction, après qu'on eut diminué le volume de la tête, en pratiquant une ponction dans la fontanelle postérieure. Le cordon ombilical fut coupé; on en laissa pendre une portion hors de la plaie, avec un lambeau de peau, et l'on s'aperçut, en tirant sur ce cordon, que le placenta était encore adhérent. L'opération ne dura pas plus de cinq minutes, et fut très-bien supportée par la malade. On pansa la plaie au moyen de bandelettes, en laissant une ouverture pour l'écoulement de la sérosité, et l'on couvrit l'abdomen de cataplasmes émolliens. L'enfant avait la grosseur d'un fœtus à terme; l'épiderme n'était détaché qu'à la tête, le long de la colonne vertébrale, aux doigts et aux orteils. Le 25, une grande portion de placenta se présenta à l'orifice de la plaie et fut extraite avec des pinces. Ce placenta était putréfié et semblait avoir été long-temps macéré dans l'eau: il était du reste plus petit qu'un placenta utérin ordinaire; lorsqu'il fut sorti, il s'écoula environ 1 pinte d'un liquide infect. Tout alla bien jusqu'au 8 octobre; à cette époque, la malade accusa une douleur dans le flanc droit, douleur accompagnée de fièvre et augmentée par la pression; le liquide qui s'écoulait par la plaie, avait pris une

couleur jaunâtre et une légère odeur stercorale; la pression exercée sur le côté droit de l'abdomen augmentait l'écoulement et déterminait l'émission de gaz : cependant les selles étaient régulières, et la plaie diminuait de jour en jour. Peu à peu tous ces phénomènes cessèrent; vers la fin d'octobre, la plaie était réduite à ½ pouce; elle ne donnait issue qu'à une très-petite quantité de pus, et la malade se promenait facilement sans éprouver la moindre incommodité.

II. *Grossesse tubaire terminée par rupture;* par le professeur HEYN, de Kœnigsberg.

Une femme assez forte, qui, après une heureuse grossesse, avait mis au monde, à l'âge de vingt-quatre ans, un garçon vivant, fut affectée, cinq ans plus tard, d'une métrite aiguë qui passa à l'état chronique, et dura huit mois. Au bout de deux ans, les règles, qui avaient toujours été faibles et accompagnées de douleurs, cessèrent de se montrer, et il survint des douleurs lancinantes dans la région iliaque droite, ainsi que dans le bras du même côté, et de fréquentes céphalalgies nerveuses. L'exploration obstétricale, faite par une sage-femme, ne fit reconnaître aucun signe de grossesse. Le 19 décembre 1833, les règles reparurent, mais pâles, peu abondantes, et sans changement dans l'état de la malade. Le 26, la sage-femme ayant pressé fortement le bas-ventre, la malade jeta un cri et tomba tout à coup dans une faiblesse extraordinaire. Les douleurs s'étendirent dans tout l'abdomen, et devinrent de plus en plus violentes, surtout dans la région iliaque droite; les traits se décomposèrent; le pouls devint très-fréquent, petit, vide, mou; la faiblesse augmenta,

et la mort survint au bout de douze heures et demie, sans avoir été précédée de syncopes, de convulsions, ni de vomissemens.

L'abdomen ayant été ouvert le 28 décembre, on trouva près de 3 litres de sang épanché dans la cavité péritonéale, et un fœtus du sexe masculin, âgé d'environ huit à dix semaines, ayant 2 pouces 7 lignes de longueur et portant un reste de cordon ombilical, long de 2 pouces. La trompe droite était dilatée de la grosseur d'un œuf de poule, et déchirée transversalement dans l'étendue de 1 ½ pouce. Le fond de l'utérus ne dépassait pas l'entrée du bassin et était un peu incliné à droite. L'ovaire gauche formait avec la trompe du même côté une masse irrégulière. L'utérus avait 3 pouces de longueur, 2 ½ de largeur, et 1 pouce d'épaisseur. La lumière des vaisseaux paraissait plus large que dans l'état de non-gestation; la structure fibreuse se voyait distinctement; l'épaisseur des parois utérines était de 5 lignes au fond, autant au corps, et de 4 ½ lignes au col. On trouva dans la cavité utérine la membrane caduque, épaisse seulement de ½ ligne. La trompe de Fallope droite avait 5 pouces de longueur, et la distance entre l'utérus et le point où l'œuf s'était développé était de 2 pouces 3 lignes. Des fausses membranes unissaient la trompe à l'utérus, et avaient imprimé à ce canal une forte courbure; peut-être cette courbure avait-elle elle-même empêché l'œuf de descendre dans la matrice. Les parois de la portion dilatée, qui, dans des cas analogues, sont épaisses et de structure musculeuse, n'avaient ici que l'épaisseur ordinaire de la trompe. Immédiatement au-dessous de ces parois, on remarquait une couche de sang coagulé sous laquelle se trouvait le chorion, plus mince qu'à l'ordinaire, mais couvert de villosités vasculaires,

de 1 ligne de longueur, qui se rendaient à la trompe. On ne voyait encore aucune trace de placenta. Lorsque le chorion fut ouvert, on aperçut l'amnios; il était très-mince et renfermait aussi du sang coagulé.

III. *Autre cas de grossesse tubaire terminé par rupture*, par le docteur Burtz.

Une dame de vingt-cinq ans, mariée depuis plusieurs années, fit, pendant sa première grossesse, une fausse-couche de trois mois, à la suite de laquelle elle eut une inflammation assez intense de l'ovaire droit, dont elle guérit. La deuxième grossesse, qui provint de l'ovaire gauche, ainsi qu'on put s'en assurer à l'autopsie par l'examen du corps jaune, parcourut régulièrement ses périodes, et se termina heureusement par la naissance d'un enfant à terme et bien portant. Environ dix mois plus tard, et sept ou huit semaines avant sa mort, cette dame devint enceinte une troisième fois; sa grossesse s'était passée d'abord sans présenter le moindre phénomène particulier, lorsqu'un jour elle fut prise subitement, vers le soir, de douleurs, de vomissemens, de syncopes, et mourut dans l'espace de sept heures. — A l'autopsie, on trouva une grossesse tubaire du côté droit, avec rupture de la trompe et épanchement d'une grande quantité de sang dans l'abdomen.

Cette observation, ajoute l'auteur, est remarquable sous plusieurs rapports : d'abord, parce que la grossesse eut lieu dans la trompe droite (il est plus fréquent de la rencontrer dans la trompe gauche); ensuite, parce que cette femme n'éprouva aucune incommodité jusqu'à la rupture de la trompe, ce qui rendait tout diagnostic impossible;

enfin, par cette circonstance, qu'ici on a pu trouver une cause de la grossesse extra-utérine dans l'ovarite qui avait eu lieu antérieurement, inflammation qui s'était sans doute étendue jusqu'à la trompe, et avait déterminé dans celle-ci un rétrécissement ou un changement de texture suffisant pour s'opposer au passage de l'œuf. (L'observation précédente offre aussi, comme nous l'avons vu, un cas de grossesse tubaire du côté droit, et cette grossesse paraît avoir eu pour cause la métrite, dont la malade avait été affectée deux ans auparavant.)

IV. *Grossesse ovarienne;* par le professeur HORNUNG, de Salzbourg.

Une femme de trente-quatre ans, mariée depuis deux ans, accoucha, le 7 avril, d'une môle, et conserva, depuis, des douleurs dans l'abdomen. Lorsqu'elle demanda à être traitée, le 6 mai, son visage était pâle et maigre, la soif vive, la respiration gênée, l'épigastre tuméfié et sensible, ainsi que tout l'abdomen; il y avait constipation, vomissemens pendant la nuit; accélération, petitesse et dureté du pouls; douleurs brûlantes et engourdissement de la cuisse droite. Au toucher, l'utérus paraissait un peu tuméfié. La malade fut traitée par les anti-phlogistiques et l'extrait de ciguë uni au calomel. Les douleurs persistèrent, surtout dans le flanc droit, où l'on perçut peu à peu la présence d'un corps solide et globuleux. A ces symptômes, se joignirent les vomissemens, la maigreur, la faiblesse, l'œdème des pieds. Au mois de juillet, la malade, pour la première fois, sentit des mouvemens dans la tumeur; on put dès-lors soupçonner, avec la plus grande probabilité, l'existence d'une grossesse extra-utérine. L'état

général empira de jour en jour, et la malade mourut épuisée le 1er octobre, après avoir eu, pendant quinze jours, de véritables douleurs d'enfantement, accompagnées de violens vomissemens, de secousses du cœur, d'une sensation de chaleur interne, et d'une parotide qui se développa du côté droit.

A l'autopsie, on trouva l'ovaire droit adhérent intimement à la matrice et contenant un fœtus. Cet ovaire avait 10 pouces de hauteur, 6 de largeur et 5 d'épaisseur; il était changé en un vaste sac, qui avait contracté des adhérences avec les parties voisines. La partie supérieure de ce sac était surtout épaissie et très-riche en vaisseaux, principalement en veines d'un gros calibre. Le fœtus qu'il renfermait, avait la tête en bas, les fesses en haut et le dos tourné à droite. A l'ouverture du sac et des membranes de l'œuf, il s'écoula 8 à 10 onces d'un liquide trouble et sanguinolent. Les parois du kyste avaient ½ ligne d'épaisseur; le chorion et l'amnios, très-minces et adhérens, tenaient à la surface interne du kyste par une légère couche membraneuse analogue à une caduque. Le fœtus, du sexe féminin, parfaitement développé, avait la grandeur d'un fœtus de sept mois et possédait encore la membrane pupillaire. Le cordon ombilical, très-épais, farci d'une matière gélatineuse, de grandeur ordinaire, et inséré au milieu du placenta; celui-ci, très-gros, mince, riche en vaisseaux; il était encore fixé au sac. Les vaisseaux qui, du bassin, se rendaient à la tumeur, étaient très-dilatés, surtout les veines; et dans plusieurs de celles-ci, on trouva des phlébolithes. Le pavillon de la trompe était confondu avec le kyste; la même chose avait lieu du côté gauche où le pavillon adhérait intimement avec son ovaire. L'utérus était de moitié plus gros qu'à l'état normal, mou,

spongieux, très-riche en vaisseaux, très-épaissi, surtout à son fond, et semblable à un utérus en gestation; ses veines se trouvaient dilatées, ainsi que sa cavité; sa membrane interne ramollie, riche en vaisseaux, offrant encore des couches minces et inégales de la caduque de Hunter, surtout vers les ouvertures des trompes de Fallope : celles-ci étaient très-étroites, et ne permettaient pas l'introduction d'un stylet.

V. *Grossesse abdominale compliquée d'hydropisie de l'utérus;* par le docteur Lœscher, de Lübben.

Une femme de vingt-cinq ans, qui était déjà accouchée facilement de plusieurs enfans, perdit ses règles en avril 1830, et se persuada bientôt qu'elle était enceinte. Dans la seizième semaine, elle percevait déjà les mouvemens du fœtus, mais non comme dans les grossesses précédentes. Dans la vingtième semaine, elle sentait dans le flanc gauche la tête et les autres parties du fœtus, d'une manière beaucoup plus distincte qu'à l'ordinaire, et, à chaque mouvement de l'enfant, il lui semblait que les parois de l'abdomen devaient se déchirer. Le ventre prit un développement extraordinaire, les pieds se tuméfièrent, et la malheureuse eut à souffrir, pendant tout le reste du temps de sa grossesse, de coliques, de maux d'estomac et de constipations opiniâtres. D'abord elle éprouva des douleurs qui, du sacrum, se dirigeaient vers les cuisses, et elle perdit un peu de sang; une sage-femme ayant été appelée, fit dire qu'elle viendrait quand les maux seraient plus forts; deux jours se passèrent ainsi au milieu des mouvemens convulsifs du fœtus; au bout de ce temps les mouvemens devinrent plus faibles, et il s'écoula une grande quantité

d'eau. La malade fut prise d'un frisson général, à la suite duquel les maux cessèrent, et l'enfant ne donna plus de signe de vie. Le fœtus était étendu transversalement au-dessus de l'ombilic, et était devenu pour la mère un fardeau pesant et incommode. Pendant plusieurs jours, il s'écoula du lait des mamelles; la mère se plaignait d'une grande faiblesse. Au bout de six semaines la menstruation reparut; depuis ce moment, l'état général s'améliora considérablement, et l'enfant devint de jour en jour plus petit et plus dur. Cette femme refusa toute opération; plusieurs fois on crut qu'il allait se former un abcès dans les parois de l'abdomen, mais il n'en fut rien. Au bout de cinq ans, le docteur Lœscher examina de nouveau cette femme: il trouva l'utérus normal, le ventre encore très-distendu, et, près de l'ombilic, un fœtus très-dur, comme ratatiné, et dont on pouvait très-bien distinguer les membres. Ce fœtus paraissait libre dans la cavité abdominale, du moins pouvait-on le retourner en différens sens. La santé de la mère est généralement bonne, cependant elle éprouve souvent des douleurs dans l'abdomen, et cette affection se trahit au dehors par la couleur jaune et terreuse de la peau, par l'excavation des yeux, et un air de souffrance répandu sur la physionomie. Le docteur Lœscher promet de tenir le public médical au courant de ce cas intéressant.



VARIÉTÉS.

Exercice illégal de la médecine.

Nous recevons d'un de nos confrères du Haut-Rhin, M. le docteur Heisch, établi depuis peu de temps à Sainte-Marie-aux-Mines, les réflexions suivantes sur l'exercice de la médecine. Quoique les abus que signale M. Heisch soient connus de tous les médecins, quoique ces abus n'existent pas seulement à Sainte-Marie-aux-Mines, mais encore à Strasbourg, mais encore par toute la France, cependant il est toujours bon de les faire connaître. Espérons que nos législateurs entendront enfin les justes réclamations qu'élève de toutes parts le corps médical, et qu'il nous dotera d'institutions propres à guérir une plaie dont nous gémissons depuis si long-temps.

« Dans un moment où le gouvernement s'occupe d'une nouvelle organisation médicale, il n'est peut-être pas hors de propos de fixer son attention sur la pratique de notre art, et sur les charlatans de haut et bas étage, que le médecin consciencieux trouve tous les jours sur son chemin, et qui rendent sa tâche et plus difficile et plus pénible.

« A Paris et dans les grandes cités, ils salissent les murs de leurs affiches, ils s'annoncent avec grande pompe : ce sont des remèdes brevetés par tous les gouvernemens passés, présens et à venir. Dans les petites localités et dans

les campagnes, cette exploitation en grand ne pouvant avoir lieu, ils s'introduisent dans les familles; ils vont s'asseoir à la table du pauvre, pour lui vendre, toujours trop cher, leurs conseils absurdes, s'ils ne sont dangereux, et leurs drogues préparées au hasard.

« Le pouvoir judiciaire, par un procès mémorable, vient de prouver qu'il veut mettre un terme à cet abus. Espérons qu'en livrant à la publicité les faits qui lui échappent, parce qu'ils se passent dans des localités qui semblent trop éloignées de son action, nous parviendrons à délivrer ces localités de ce funeste fléau.

« Selon nous, le médecin doit autant chercher à prévenir les maladies qu'à les guérir, lorsqu'elles se présentent malgré ses soins. Or, un des moyens les plus efficaces pour atteindre le premier but, serait évidemment de débarrasser les populations des préjugés qui les aveuglent, et qui sont entretenus par une foule de gens, lesquels, se permettant de faire la médecine sans jamais avoir étudié même les élémens de cette science, cherchent à nourrir ces préjugés au profit de leur coupable industrie. A ce dessein, il suffit de faire exécuter la loi. Elle veut que nul ne pratique la médecine, s'il n'est pourvu du diplôme de docteur, ou au moins de celui d'officier de santé[1]. Examinons maintenant s'il en est ainsi; et pour la localité où j'exerce, je réponds : Non, loin de là. Cette localité offre même un exemple frappant des abus que je signale.

« Sainte-Marie-aux-Mines est habité par deux populations distinctes : l'une ancienne, l'autre nouvelle, véritable colonie industrielle. Des influences atmosphériques, que je ne puis détailler ici, font que les scrophules, le rachitisme et le crétinisme affligent surtout l'ancienne popu-

[1] Loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803).

lation; les familles riches et aisées subissent peu ces influences, mais les classes pauvres en sont d'autant plus souvent les victimes : elles auraient donc, plus que d'autres, besoin de soins hygiéniques et médicaux éclairés. Mais qu'arrive-t-il? Depuis la *quintessence anti-sporique* du fameux Mettemberg[1], jusqu'aux sortilèges, tout est employé pour extorquer quelques sous à la crédulité ou à la sottise. Ici, c'est un barbier qui n'est jamais sorti de sa boutique : il guérit les malades que tous les médecins de la contrée n'ont pas pu guérir, et ce, moyennant des remèdes qu'il vend lui-même; là, c'est un manœuvre qui, le dimanche, endosse un habit noir, s'arme de sa canne, et, avec un purgatif, produisant 30 selles, sauve tous les incurables; plus loin, c'est un homme qui détruit les sortiléges, les malades ne souffrent que parce qu'ils sont ensorcelés; il leur compose un breuvage : Crac! le charme est rompu, et le malade guéri. Enfin, je ne finirais pas si je voulais passer en revue les mensonges plus ou moins ignobles, plus ou moins dégoûtans, moyennant lesquels s'exerce un véritable brigandage; et ce n'est pas trop dire, car tous les jours nous avons à traiter des malades, guéris ainsi la veille au grand détriment de leur bourse.

« Mais ce n'est pas à cela que se borne cette rage de pratiquer la médecine; tout est saisi de la manie du charlatanisme. Une sage-femme reçoit-elle un enfant qui se présente par les fesses ou par les pieds, vite elle a fait une version : donc elle est savante; donc, dans une autre occasion, elle se passe du secours d'un accoucheur, et prescrit 6 scrupules de seigle ergoté, comme je prescrirais une pilule de mie de pain. Elle ne se doute pas même que, dans l'un et l'autre cas, elle est coupable aux yeux de tout

[1] *Dictionnaire des sciences médicales;* t. XVII, p. 223; art. GALE.

homme éclairé et consciencieux, en ce que, dans le premier cas, s'il n'était supposé, ainsi que dans le second, elle compromet la vie de sa malade, en entreprenant des choses que lui interdit la dose de ses connaissances. Elle sait encore moins que la loi, ne permettant à l'officier de santé d'entreprendre une opération grave que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur, le lui défend encore plus sévèrement[1].

« Et n'allez pas croire que tout cela arrive, parce que la population dont je parle n'a pas confiance dans les médecins, ou qu'elle ne peut se procurer leurs conseils. Nullement; elle a recours à eux dans les cas qu'elle regarde comme graves, et jamais ni conseils, ni soins ne lui ont été refusés; mais ces praticiens de nouvelle espèce l'assiégent dans sa demeure, l'arrêtent dans la rue, pour lui vendre leur savoir-faire. A chaque déboire, le pauvre malade se dit: On ne m'attrapera plus! Mais toujours il se laisse circonvenir de nouveau, jusqu'à ce que des accidens graves viennent définitivement lui dessiller les yeux.

« F. A. HEISCH, docteur-médecin. »

Note sur le dragonneau, ou ver de Médine; par M. ACKERMAN, docteur-médecin. (Lue à la société d'Histoire naturelle de Strasbourg, dans sa séance du 6 décembre 1836.)

Le *dragonneau*, ou *ver de Guinée, de Médine, filaire* de Rudolphi, a, comme on sait, le corps filiforme, cylindrique, très-long, légèrement atténué aux extrémités,

[1] Même loi, art. 29.

mou, assez élastique, mais cassant lorsqu'on exerce une traction un peu forte et prolongée; sa peau est blanche et transparente; sa bouche, sous forme d'une petite ouverture, se présente à l'extrémité la plus mince, et l'anus à l'autre extrémité, qui est un peu plus arrondie.

Je l'ai observé sur presque toutes les parties du corps, mais plus particulièrement aux membres inférieurs, dans le scrotum, sur l'abdomen, aux plis des aînes, et quelquefois sur la poitrine.

Pour bien me rendre compte de son développement, j'ai questionné souvent les Africains sur les causes qui pouvaient le produire. Les peuplades qui habitent les contrées voisines du Sénégal ou le royaume de Damel, m'ont paru en être plus particulièrement atteintes; tandis que d'autres castes plus éloignées semblaient ne pas le connaître.

On ne trouve ni dans leur nourriture, ni dans leurs boissons rien qui soit susceptible de donner naissance au dragonneau; et d'ailleurs, dans les nombreuses autopsies d'Africains que j'ai faites, je n'ai jamais rencontré ce ver dans leur tube digestif.

Il est bien plus probable, et même c'est un point sur lequel on est assez généralement d'accord, qu'il se prend dans les marais, dans les ruisseaux, dans les terrains fangeux que les Africains sont si souvent dans le cas de traverser; de plus, ils couchent ou se reposent souvent sur un sol humide, dont ils ne sont séparés que par des nattes. Il n'est donc pas étonnant que pendant le sommeil ou le repos, ces animaux s'introduisent sous leur tissu cutané.

Une circonstance qui vient encore à l'appui de cette opinion, c'est que j'ai trouvé des dragonneaux entre les muscles thoraciques d'un échassier, et que le meilleur

moyen à employer contre leur développement, c'est l'immersion de la partie malade dans l'eau de mer.

Tous les praticiens qui ont observé le dragonneau, savent que cet animal produit une tumeur assez souvent demi-sphérique, quelquefois ovoïde, sans beaucoup de chaleur ni changement de couleur à la peau. Dans le principe, le malade éprouve une gêne légère dans la partie; quelquefois il y a douleur lancinante : cette dernière augmente en raison du développement du ver et de la tumeur; parfois elle est si forte, que le malade ne peut faire le moindre mouvement sans pousser des cris. La tumeur augmente avec assez de lenteur, acquiert quelquefois le volume d'un œuf de poule; la peau se distend, devient luisante, et le sommet par où l'animal doit se faire jour est plus souple que le reste. On croirait sentir un commencement de fluctuation, et la maladie se termine par la sortie du ver, quelquefois long de 1 à 2 pieds, et qui entraîne avec lui une suppuration séreuse, résultat de sa présence dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La maladie locale produite par le dragonneau tenant à une cause mécanique, l'indication qui se présente est de hâter le développement de la tumeur ainsi que la sortie de l'animal. Lorsque la tumeur était trop volumineuse pour pouvoir compter sur sa résolution, je la couvrais de cataplasmes émolliens; j'ajoutais le laudanum lorsque les douleurs étaient trop vives, et j'attendais ainsi que l'insecte se fît jour lui-même. Si je donnais quelques tisanes pour boissons ordinaires, elles étaient toutes sudorifiques.

Je ne crois pas qu'il soit prudent de tenter l'extraction du ver par une incision, en raison des accidens inflammatoires auxquels on s'exposerait, sans avoir la certitude d'enlever l'animal entier; tandis que si l'ouverture est na-

turelle, le dragonneau se présente à l'orifice, et est placé de manière à pouvoir être pincé et extrait sans qu'il en résulte aucune suite fâcheuse. Cette extraction se fait à l'aide d'un tuyau de plume ou d'un petit morceau de bois fendu par une de ses extrémités. Une condition essentielle est de ne pas opérer une traction trop forte : lorsque l'animal résiste, il est préférable de remettre l'opération à un autre moment, parce qu'en cassant le ver, on s'exposerait à ne pouvoir plus le pincer, ou à employer des moyens secondaires, toujours pénibles pour le malade.

Lorsque le ver est engagé dans la fente du petit morceau de bois ou de plume, on le roule doucement à l'entour, et ensuite on l'assujettit avec deux petites bandelettes de sparadrap adhésif; on applique quelques linges sur la partie malade, pour absorber le liquide qui découle de la petite plaie et pour la garantir du contact de l'air; puis, on maintient le tout par un bandage roulé, médiocrement serré.

Bientôt on voit la tumeur diminuer à mesure qu'elle se dégage du corps étranger qu'elle renfermait; et son ouverture, généralement fort étroite, se cicatrise peu de temps après l'extraction du dragonneau.

La durée du traitement est en raison du développement et de la longueur de l'animal; car, dans les 13 cas observés à Madagascar, la maladie a beaucoup varié dans sa durée. Chez quelques-uns, j'ai obtenu une cure complète au bout de treize jours; tandis que chez d'autres, elle a duré six mois et demi; mais le terme moyen a été de deux mois environ.

Il est à remarquer aussi que cette durée est en raison inverse de la force du sujet. Ainsi, les hommes chez lesquels elle a été de cinq à six mois, étaient épuisés par des

dysenteries ou autres affections de ce genre; elle a, au contraire, marché avec beaucoup de rapidité chez ceux qui étaient d'une constitution forte et robuste et en parfaite santé.

Si parfois nous avons vu cette maladie reparaître sur le même individu, il est bon de faire observer que ce n'était jamais aux mêmes endroits, et souvent sur des points fort éloignés; ce qui m'a donné tout lieu de croire que ce n'est pas à la reproduction de l'animal, ou au dépôt de quelques germes, comme dans les chiques, que la maladie devait sa nouvelle origine, mais bien au développement plus lent d'un animal séparé.

Il est quelques parties du corps qui exigent une attention toute particulière pour ce genre de tumeur. Ainsi, par exemple, on pourrait soupçonner une ganglionite ou un abcès urinaire, en l'observant au pli des aînes ou sur le trajet du périnée, et la fausse apparence de fluctuation ferait porter l'instrument tranchant dans des parties délicates. On reconnaîtrait bientôt son erreur; et cette opération, loin d'avancer la cure de la maladie, pourrait être suivie d'accidens plus ou moins fâcheux.

Il ne faut donc, pour prévenir ces inconvéniens, que bien observer les symptômes de la maladie, et seconder par le traitement fort simple que j'ai indiqué, les efforts que fait la nature pour débarrasser la partie du corps étranger qu'elle renferme.



Maison de santé, fondée et dirigée par M. le docteur L. A. Hirtz, rue de la Toussaint, n° 20, à Strasbourg. (Prospectus.)

Il y a peu de villes qui renferment dans leur sein autant d'institutions philanthropiques que la ville de Strasbourg : maisons de refuge, salles d'asiles, écoles gratuites, sociétés de bienfaisance de toutes sortes, etc.; rien ne manque pour procurer au pauvre invalide les secours dont il a besoin, à l'enfant indigent toutes les facilités de développer ses facultés morales et physiques, et quand l'un ou l'autre tombe malade, il trouve à l'hôpital un refuge sûr à ses maux.

Mais il existe à Strasbourg, comme dans toutes les grandes villes, une autre classe d'habitans non moins intéressans, qui savent pourvoir à leur subsistance par leur travail ou par leurs revenus; mais qui, lorsqu'ils sont atteints d'une affection quelconque, ne trouvent, même dans toute l'Alsace, aucun établissement particulier où ils puissent être soignés : on veut parler des employés, des étudians, des officiers en retraite, des voyageurs, des étrangers qui viennent à Strasbourg pour se confier aux soins d'un médecin ou d'un chirurgien en réputation, et en général de toutes les personnes qui n'ont pas la facilité de se faire traiter chez elles.

Le docteur L. A. Hirtz vient de remplir cette lacune, et de satisfaire à ce besoin si vivement senti, en créant une *maison de santé*, située dans un des quartiers les plus sains et en même temps les plus tranquilles de la ville.

Dans cet établissement, les malades sont entourés de toutes les attentions et de tous les soins qu'exige leur po-

sition. Ces soins sont en effet plus importans qu'on ne le croit généralement. Pour triompher d'une maladie, il faut le concours de trois circonstances : 1° Un praticien éclairé ; 2° des médicamens ; 3° une personne intelligente chargée d'exécuter les ordonnances du médecin. Ces trois conditions sont aussi nécessaires l'une que l'autre, et sont si étroitement liées entre elles, qu'il est facile de voir que si l'une manque, l'autre doit rester sans effet. Des hommes spéciaux remplissent les deux premières conditions ; mais pour satisfaire à la troisième, le médecin est obligé d'avoir recours à la première personne qu'il rencontre au lit du malade, personne toujours étrangère à l'art, souvent peu intelligente, plus souvent encore imbue de préjugés, et qui, n'appréciant par conséquent pas la valeur de ses conseils, croit pouvoir impunément dévier de ses prescriptions, ou même quelquefois leur en substituer d'autres.

Il est inutile de dire que dans la *maison de santé* du docteur Hirtz tous ces inconvéniens n'existeront pas, et que toutes les prescriptions seront religieusement observées.

Cette *maison* étant isolée, entourée de cour et de jardins, l'air qu'on y respire est pur et peut y circuler librement, ce qui fait de cette habitation le séjour le plus favorable à la guérison des maladies et au prompt rétablissement des convalescens.

Les appartemens, d'une distribution commode et tout-à-fait indépendans les uns des autres, sont meublés avec le plus grand soin ; rien de ce qui peut en rendre l'habitation agréable et salubre n'a été négligé.

Un salon sert de point de réunion aux convalescens, qui y trouvent à leurs dispositions divers jeux de société.

On y reçoit toutes sortes de maladies : la folie et l'épilepsie en seront seules exclues.

Des chambres spéciales sont destinées pour les accouchemens.

Les malades des deux sexes seront libres d'y recevoir les soins de leurs médecins.

Les bains ordinaires, médicamenteux, les bains de vapeur, douches, etc., sont exclusivement consacrés à l'usage des malades de l'établissement.

La nourriture sera soignée et appropriée à chaque maladie.

Le docteur Hirtz, fondateur et directeur de la *maison de santé*, y ayant fixé sa demeure, se trouve ainsi à portée de surveiller les soins donnés aux malades; et, en cas d'accident, de leur prêter prompts secours. Cette circonstance est surtout avantageuse pour les personnes qui doivent subir des opérations, et pour les femmes enceintes qui se décident à faire leurs couches hors de leur domicile[1].

[1] Le prix, variant suivant les exigences des personnes, ne peut pas être fixé d'avance, mais est en général très-modéré. Pour de plus amples renseignemens, s'adresser au docteur L. A. Hirtz, rue de la Toussaint, n° 20, à Srasbourg.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

1° *Die Fœtuslunge im geborenen Kinde für Pathologie*, etc. — *Le Poumon du fœtus dans l'enfant nouveau-né, sous le rapport de la pathologie, de la thérapeutique et de la médecine judiciaire;* par Éd. Jörg. (Grimma, 1835. In-8°; 255 p.) — Cet ouvrage est consacré à la description d'une maladie que le docteur Jörg appelle *Atelectasis* (développement incomplet des vaisseaux du poumon), état pathologique, qui, à proprement parler, n'est qu'une prédisposition. Ce travail mérite toute l'attention des médecins par les vues ingénieuses qu'il renferme et par le soin remarquable avec lequel ce sujet est traité.

2° *Heilung der Beinbrüche*, etc. — *Guérison des fractures des extrémités inférieures sans l'emploi des appareils vicieux en usage jusqu'à nos jours*, par J. Kammerlacher. (Vienne, 1835. In-8°; 20 p.) — L'appareil de ce chirurgien consiste en une caisse, dans laquelle on place le membre fracturé; on le maintient dans une extension suffisante au moyen de courroies. Cet appareil serait bon, tant à cause de sa simplicité que parce qu'on peut toujours examiner la partie fracturée; mais les courroies fatiguent le membre et n'empêchent pas la contraction musculaire, et par conséquent le déplacement des fragmens.

3° *Ueber die in unseren Zeiten unter den Füchsen herrschende Krankheit*, etc. — *Sur la maladie qui a régné dans ces derniers temps parmi les renards, et sur la nature et les causes de l'hydrophobie en général;* par le

docteur Kœchlin. (Zurich, 1835. In-8°; 46 p.) — Travail très-intéressant.

4° *Die Trennung und Prüfung metallischer Gifte aus verdächtigen Substanzen, mit Rücksicht auf Blausäure und Opium. — De l'Analyse quantitative et qualitative des poisons minéraux mêlés à des substances suspectes, et des moyens de reconnaître l'acide prussique et l'opium;* par A. Wiggers. (Göttingen, 1835; in-8°.) — Cet ouvrage est la traduction de la dissertation inaugurale de l'auteur, écrite en latin; il est intéressant en ce qu'il renferme un procédé nouveau pour reconnaître à la fois la présence de plusieurs poisons métalliques, ainsi que celle de l'acide prussique et de l'opium.

5° *Antiquitates anatomicæ rariores, quibus origo, incrementa et status anatomes, apud antiquissimæ memoriæ gentes, historica fide illustrantur;* auct. Jos. Hyrtl; cum tab., III, lapide incisis. (Vindobonæ, 1835. In-8°; 113 p.) — Ouvrage extrêmement curieux par les recherches savantes qu'il renferme. On y trouve l'état de l'anatomie chez les peuples les plus anciens et les moins connus, entre autres chez les Chinois.

6° *Der Cretinismus und seine Formen als endemische Menschenentartung in der Schweiz. — Le Crétinisme et ses formes, considérés comme une dégénérescence endémique de l'espèce humaine en Suisse;* par le professeur Troxler. (Zurich, 1836. In-4°; 27 p.)

7° *De Adultorum procidentia tunicæ mucosæ intestini recti;* dissertatio, auct. Dœbel. (Marbourg, 1835; in-8°.)

8° *De Iridoncosi. Commentatio ophthalmologica*, auct. C. A. Klemmer. (Dresde, 1836.)

9° *Die Erkenntniss und Heilung der Ohrenkrankheiten. — Du Diagnostic et du traitement des maladies de l'oreille,*

par le docteur W. KRAMER. (Berlin, 1836; deuxième édition. In-8°; 400 p.)

10° *Das Heimweh und der Selbstmord.* — *La Nostalgie et le suicide*, par J. H. G. SCHLEGEL. (Hildburghausen, 1835. In-8; 1re partie; 125 p., 2e partie 301 p.) — Ouvrage consciencieux et plein d'intérêt, écrit avec verve, et qui sera consulté avec fruit, non-seulement par les médecins, les jurisconsultes et les philosophes; mais que liront aussi avec plaisir toutes les personnes qui recherchent la bonne littérature.

11° *Ueber die Steinzerbohrung*, etc. — *Sur le Broiement de la pierre et son rapport avec l'opération de la taille*, par J. EDLER DE WATTMANN. (Vienne, 1835. In-8°; 231 p.)

12° *Sammlung auserlesener Abhandlungen*, etc. — *Choix de traités et d'observations sur les maladies de l'oreille*, par le docteur C. G. LINCKE. (Leipzig, 1836. In-8°, 184 p.; 1re collection.)

13° *Specimen historico-medicum de choleræ asiaticæ itinere per Belgium septentrionale, annis* 1832 — 1834, *tabulis statisticis geographicis illustratum;* auctore A. C. SUERMANN. (Trajecti ad Rhenum, 1835; In-8°; XXXII-289 p.)

14° *General-Karte der geographischen Verbreitung und des Ganges der Cholera*, etc. — *Carte générale de la marche du choléra, depuis* 1816 *jusqu'au commencement de* 1836; par ÉMILE ISENSEE.

15° *De Fracturis ossium pelvis*, auctore D. G. ADELMANN. (Fulda, 1835. In-8°; 42 p.)

16° *Ueber die in der belgischen Armee herrschende Augen-Krankheit.* — *Sur la Maladie des yeux qui a régné dans l'armée belge*, par le docteur BURKARD-EBLÉ. (Vienne, 1836. In-4°; 52 p.)

17° *Jahrbücher der gesammten Staats-Arzneikunde.* — *Annales générales de la médecine légale*, par WILDBERG. (Leipzig, 1835; in-8°.)

18° *De Peste Antoniana commentatio*, auctore HECKER. (Berolini, 1835. In-8°; 29 p.) — Ce petit ouvrage est dû à la plume du savant auteur de *la Peste noire*, de *la Danse de Saint-Guy*, de *la Suette miliaire*. Il fait suite à ses précédens travaux sur les épidémies meurtrières qui ont sillonné le globe à différentes époques, et est consacré à l'histoire de la peste qui, au deuxième siècle de notre ère, s'est étendue depuis le Tigre jusqu'au Danube, et paraît avoir sévi pendant quinze années. L'auteur promet de donner plus tard une histoire complète de la peste des anciens.

19° *De Musculis dorsi et cervicis comparatis*, auctore J. HEILENBECK. (Dissertatio inauguralis. Berolini, 1836. In-8°; 27 p.)

20° *De Nervo faciali*, auct. H. O. MASSALIEN. (Dissertatio inauguralis. Berol., 1836. In-4°; 24 p., c. tabula ænea.)

21° *De Aneurysmatibus arteriarum cerebralium*, auct. A. A. STUMPF. (Dissertatio inauguralis. Berol., 1836. In-4°; 36 p., c. tabula ænea.)

22° *Physiologia generalis*, par A. A. SÉBASTIAN, professeur à Groningue. (Groningue, 1835. In-8°; XII — 301 p.)

23° *Dissertatio physiologica inauguralis de motu ex vasis sanguiferis*, par A. J. D. STEENSTRA TOUSSAINT. (Groningue, 1835. In-8°; 54 p.)



	…AL …ONS.	TOTAL DES MORTS.		RESTANT AU 1er AOUT.	
	Condamnés.	Hommes libres.	Condamnés.	Hommes libres.	Condamnés.
CHOLÉ…	23	12	35	7	10
CHOLÉ…	61	»	»	3	13
RECHU…	»	»	4	»	2
	1	»	1	»	1
	12	»	»	»	1
CONVA…	99	»	»	»	17
AFFECT…	1	3	14	»	4
	»	»	»	»	»
	»	»	»	2	»
AFFECT…	»	»	»	»	2
pen…	1	»	»	»	1
	1	»	»	3	»
	1	»	»	»	1
	…200	15	54	15	52
	…2.	69		67	
		349			

AINT

dant

TRA	
AVEC CY	
[Anti]spasmodiques.	Émétique.
»	»
»	»
»	4
»	»
»	»
»	»
»	»
»	»
»	»
»	»
»	4

8

.INT-MAND.

dant l'épidémie a

GUÉI…				TOTAL DES MORTS.		ÉVACUÉS LE 25 AOUT.	
TRAITEMENS DU …							
…VEC CYANOSE.			SA…				
Émétique.	Ipécacuanha.	Mixte.	Anti-spasmodiques.	Hommes libres.	Condamnés.	Hommes libres.	Condamnés.
”	1	”	”	3	2	”	1
”	”	”	”	18	”	”	”
4	3	”	”	”	”	1	”
”	”	”	”	”	”	”	”
”	”	”	2	”	”	”	”
”	”	”	”	2	4	2	”
”	”	”	”	”	”	”	1
”	”	”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”	”	2
4	4	”	[illegible]	23	6	3	4
8				29		7	
				89			

Mélanges de médecine pratique; par A. Lereboullet, docteur-médecin.

(PREMIER ARTICLE.)

I. *Observations sur l'administration de quelques médicamens par la méthode endermique*, lues à la Société de médecine de la Faculté, dans sa séance du 20 mars 1837.

La méthode endermique, c'est-à-dire l'application des médicamens à la surface de la peau privée de son épiderme, est souvent une ressource précieuse en thérapeutique, soit lorsque l'estomac se refuse à l'ingestion des substances que l'on voudrait prescrire, ou bien, ce qui est plus fréquent encore, lorsqu'on veut déterminer une action locale, suffisante, dans un grand nombre de cas, pour enlever la maladie.

Je ne m'arrêterai pas à mentionner les circonstances dans lesquelles ce mode d'administration est plus spécialement indiqué, ni à exposer les règles qu'il faut suivre dans l'application des substances médicamenteuses; ces préceptes ont été indiqués avec des détails suffisans dans les mémoires publiés sur ce sujet, et, en particulier dans un ouvrage *ex professo* du docteur Richter dont les *Archives Médicales de Strasbourg* ont donné une longue analyse (t. 2, p. 396). Cependant je rappellerai quelques-unes des précautions les plus importantes qu'il est nécessaire de prendre, parce que d'elles seules dépend souvent le succès du traitement, et c'est peut-être parce qu'elles ont été négligées, que quelques praticiens n'ont pas retiré de la méthode endermique tous les secours qu'ils en attendaient.

1° Lorsqu'on a dénudé la peau à l'aide d'un vésicatoire

ou par tout autre moyen, on ne doit pas appliquer le médicament de suite après avoir enlevé l'épiderme: car la sérosité qui s'écoule, entraînerait nécessairement avec elle, la plus grande partie de la substance employée; il faut attendre que la suppuration ait commencé à s'établir, et, pour cela, panser la plaie avec un peu d'onguent épispastique étendu de cérat ou avec de l'onguent de sabine.

2° Toutes les fois qu'on renouvelle le pansement, il faut examiner avec soin l'état de la plaie. Ordinairement il se forme à sa surface une pellicule blanchâtre que l'on ne doit jamais négliger d'enlever.

3° La plaie ne doit pas être trop irritée, sans quoi l'absorption ne se fait qu'incomplétement; il faut, dans ces cas, la panser simplement avec du cérat, et diminuer l'irritation par des fomentations émollientes.

4° Lorsque le médicament est employé sous forme pulvérulente, il est bon d'y ajouter une petite quantité de sucre, afin d'en faciliter la dissolution. Le sucre a encore l'avantage d'irriter modérément la plaie, et de réprimer les bourgeons charnus qui tendent à se former à sa surface.

5° Il ne faut pas, ainsi que je l'ai vu pratiquer plusieurs fois, étendre la poudre sur l'emplâtre, et appliquer ensuite celui-ci sur la plaie; ce procédé est tout-à-fait vicieux: le médicament s'incorpore avec la graisse, et n'est plus qu'en partie absorbé. Il faut, au contraire, répandre la poudre sur toute la surface de la plaie, en faciliter la dissolution en l'humectant avec une goutte d'eau, et n'achever le pansement que lorsque la poudre est entièrement dissoute.

6° Il arrive souvent que, malgré toutes les précautions, la plaie se dessèche, et n'absorbe plus en totalité la sub-

stance qui la recouvre. Si l'on veut continuer le traitement, on applique un autre vésicatoire; mais alors, comme l'absorption devient plus active, il convient de diminuer la dose du médicament, si l'on ne veut pas s'exposer à des accidens graves, ce qui pourrait arriver quand on emploie des agens énergiques, la strychnine par exemple.

7° Enfin, le médecin devra s'assurer par lui-même que les médicamens qu'il prescrit sont bien préparés. C'est une condition des plus importantes, mais que malheureusement on n'obtient pas toujours, comme on le verra dans la première observation.

Ces détails paraîtront peut-être minutieux, mais les personnes qui voudront apprécier avec exactitude l'action des médicamens, par la méthode endermique, ne les trouveront pas inutiles.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Ophthalmie rhumatismale (sclérotite); *nombreuses récidives; diverses méthodes de traitement; guérison par l'acétate et par l'hydrochlorate de morphine.*

Mlle C***, âgée de dix-huit ans, d'une constitution molle, d'un tempérament lymphatique, était sujette tous les hivers, depuis plusieurs années, à des opthalmies extrêmement rebelles qui résistaient à tous les traitemens, et ne se dissipaient qu'au retour de la belle saison.

Je fus consulté, pour la première fois, vers le milieu d'octobre 1835. Je trouvai les deux yeux rouges; l'injection, plus intense autour de la cornée, formait dans cette région deux plaques irrégulièrement triangulaires, dont la base était appliquée contre la cornée, et dont le sommet regardait les angles externe et interne de l'œil. Dans le reste de son étendue, la conjonctive présentait quel-

ques vaisseaux d'un rouge foncé, un peu flexueux. La conjonctive palpébrale n'était nullement affectée ; il n'y avait ni photophobie, ni augmentation dans la sécrétion des larmes; les douleurs étaient peu vives.

Cette jeune fille ayant eu, dans son enfance, plusieurs engorgemens lymphatiques, je considérai d'abord la maladie comme de nature scrophuleuse, quoique les principaux caractères de l'ophthalmie véritablement scrophuleuse manquassent tout-à-fait, et je prescrivis la teinture de Peyrilhe, 20 à 30 gouttes, trois fois par jour, ainsi qu'un vésicatoire à la nuque.

Au bout de deux jours, comme il n'existait plus aucune rougeur, on laissa sécher le vésicatoire. Mais le lendemain l'ophthalmie reparut avec plus d'intensité. La malade se plaint de douleurs très-vives, lancinantes, surtout dans l'œil gauche; ces douleurs sont rapides, instantanées, et se portent de l'œil à l'occiput, en paraissant traverser la tête; elles ne sont pas plus fortes le soir que le jour, et ne troublent pas le sommeil. La sécrétion des larmes est considérablement augmentée, la malade peut à peine supporter la lumière, elle est obligée de recouvrir ses yeux d'un bandeau. En examinant attentivement l'œil gauche, je trouvai, comme la première fois, la conjonctive oculaire fortement injectée autour de la cornée; dans le reste de son étendue, l'injection est moins prononcée, on voit seulement quelques vaisseaux assez gros, légèrement flexueux, qui sillonnent cette membrane; mais, outre cette injection, pour ainsi dire grossière, de la conjonctive, on aperçoit très-distinctement, derrière celle-ci, une injection beaucoup plus fine, rosée, uniforme, offrant trèsbien les caractères que les auteurs ont assignés à l'inflammation de la sclérotique. Il n'y a rien de particulier du

côté de la cornée ni de l'iris; la conjonctive palpébrale est un peu plus rouge qu'à l'état ordinaire, mais il n'existe aucune affection des glandes de Meibomius, et, par conséquent, aucune sécrétion anormale de ces glandes, dont le produit agglutine entre elles les paupières, et caractérise si bien l'ophthalmie scrophuleuse. Cet examen de l'œil ne se fit qu'avec peine, à cause du spasme des paupières, et occasionna à la malade des douleurs très-vives. L'œil droit participait aussi à l'inflammation, mais beaucoup moins que le gauche.

Les caractères que je viens de décrire, joints aux symptômes généraux, ne me firent plus douter de la nature de cette affection : elle était évidemment rhumatismale; cependant la malade ne se rappelle pas avoir été sujette aux rhumatismes; seulement elle se souvient d'avoir ressenti quelquefois dans les membres, des douleurs vagues, de courte durée.

Toutes les fonctions se font bien; l'appétit n'est pas dérangé, la menstruation a lieu régulièrement.

Prescriptions : Vésicatoire à la nuque; teinture de Peyrilhe et teinture de gaïac, parties égales, d'abord par gouttes, puis par cuillerées à café, quatre fois par jour; décoction de gaïac pour boisson (1 once par litre). Sachets aromatiques, légèrement camphrés, appliqués au-dessus des yeux. Pédiluves sinapisés.

Ce traitement fut continué pendant trois semaines. Les symptômes diminuaient quelquefois d'intensité, disparaissaient même entièrement, mais revenaient bientôt avec autant de force qu'auparavant. L'inflammation se portait alternativement d'un œil à l'autre; par moments, les douleurs étaient intolérables, et occupaient toute la tête, mais elles ne duraient que peu d'instans.

Le traitement sudorifique ne produisant pas l'effet que j'en attendais, je prescrivis, le 11 novembre, les pilules altérantes de Plumer (calomel et soufre doré d'antimoine, āā ℨij, pour 30 pilules; une pilule matin et soir); continuation du vésicatoire, des bains de pied et des sachets camphrés.

Le 13, amélioration marquée, rougeur moins intense, douleurs presque nulles, plus de larmoiement (3 pilules par jour). Au bout de huit jours, les yeux étaient revenus à leur état naturel; il n'existait aucun trouble de la vision. Cependant je fis appliquer un vésicatoire au bras, celui de la nuque étant guéri, et je fis continuer les pilules à la dose de 6 par jour, jusqu'à l'époque menstruelle qui eut lieu le 27 novembre.

Dans les premiers jours de décembre, la malade eut une légère rechute, à la suite d'un refroidissement. Elle s'appliqua d'elle-même un vésicatoire, et reprit les pilules de Plumer, avec le même succès qu'auparavant.

Une nouvelle rechute eut lieu au mois de février; d'abord légère, l'inflammation devint peu à peu plus intense, à la suite de plusieurs nuits passées à veiller une malade.

Le 20 février, je trouvai les deux yeux très-sensibles à la lumière, larmoyans, rouges, surtout autour de la cornée: douleurs tensives dans toute la tête, élancemens dans les yeux. (Deux bains de pied sinapisés, par jour, cataplasmes sinapisés sur les jambes à cause de l'époque menstruelle qui approche; sachets aromatiques camphrés, et les pilules de Plumer.)

Le 22, tous les symptômes avaient augmenté: rougeur uniforme de la conjonctive, larmoiement considérable, spasme des paupières tellement fort qu'il est impossible d'examiner les yeux; douleurs perforantes, allant de

l'œil à l'occiput; tension excessive des globes oculaires, la malade croit que les yeux vont lui sortir de la tête; céphalalgie générale, tintemens d'oreilles, figure très-rouge, coryza; cependant il n'y a pas de fièvre, le pouls est petit, peu fréquent, mou: la chaleur de la peau normale; peu d'appétit; constipation (12 sangsues au-dessus des malléoles; bain de siége, deux grains de calomel matin et soir avec de la magnésie; vésicatoire à la nuque).

Le lendemain, et les jours suivans, aucune amélioration; je fis appliquer successivement dix sangsues à chaque tempe, puis 10 sangsues à l'œil gauche, et je fis continuer le calomel à petites doses pendant plusieurs jours, ainsi que les bains de siége et les révulsifs des extrémités inférieures.

Les règles parurent enfin le 2 mars, mais ne durèrent que deux jours. Les douleurs de la tête et des yeux diminuèrent un peu d'intensité pendant ce court espace de temps.

Le 4 mars: nouvelle exaspération de tous les symptômes; céphalalgie des plus violentes; tintemens d'oreilles, spasme des paupières qui empêche toute exploration. Je repris le calomel qui avait été suspendu pendant plusieurs jours, puis je lui associai de nouveau le soufre doré d'antimoine; je fis faire des frictions mercurielles sur les membres jusqu'à un commencement de salivation; je prescrivis ensuite des purgatifs salins, puis les poudres de Dower, et des infusions sudorifiques; la malade faisait, en outre, des frictions sur le front et sur les tempes avec un onguent composé d'extrait de belladone, d'opium et d'axonge; elle portait trois vésicatoires, un sur la nuque et un sur chaque épaule, et tous les jours elle prenait deux bains de pied sinapisés.

Ces moyens, employés successivement pendant huit jours, n'amenèrent pas la moindre amélioration; le 12 mars, les symptômes n'avaient rien perdu de leur intensité; la malade, qui ne pouvait entr'ouvrir les yeux que dans l'ombre, ne distinguait plus aucun objet, et je crus remarquer, en soulevant la paupière, une opacité de la cornée du côté gauche.

Ce fut alors seulement que j'eus recours à l'acétate de morphine par la méthode endermique. Je commençai, le 12 mars, par 1/2 grain matin et soir, sur de petits vésicatoires placés derrière les oreilles.

Dès le deuxième jour, diminution notable des douleurs; mais elles reparaissent le troisième jour, avec la même intensité. J'augmentai rapidement la dose du médicament qui fut bientôt portée à 2 grains par jour; et, afin d'augmenter l'étendue de la surface absorbante, je plaçai encore deux vésicatoires au-dessus des régions sourcilières. Malheureusement je m'aperçus trop tard de la mauvaise qualité de l'acétate de morphine que j'employais; il était humide, répandait une odeur prononcée d'acide acétique, et était presque insoluble; j'en fis chercher dans une autre pharmacie: celui qu'on m'apporta, était d'un blanc mat; appliqué sur la plaie, il formait une pâte visqueuse, comme résineuse, ne se dissolvait pas, et causait une douleur cuisante des plus vives. Je fus enfin plus heureux dans une troisième officine où j'obtins de l'acétate de morphine cristallisé.

Je signale ces faits à l'attention des médecins, et surtout de Messieurs les membres du jury médical. La première condition de succès est, sans contredit, la parfaite solubilité du médicament que l'on emploie; il serait donc de la plus grande importance que l'acétate de morphine fût toujours

préparé avec de la morphine pure; de cette manière, on posséderait, du moins, un médicament sur l'action duquel il serait permis de compter.

Cependant la malade allait mieux ; les douleurs étaient moins intenses, le sommeil meilleur, le spasme des paupières moins prononcé; mais les yeux étaient toujours très-injectés, la vision nulle du côté gauche et très-obscure à droite, et la moindre exploration causait de vives douleurs. Il y avait toujours une constipation opiniâtre que l'on combattait par des lavemens, et, de temps à autre, par de légers purgatifs salins.

Le 25 mars, je remplaçai l'acétate par l'hydrochlorate de morphine à la dose d'un grain et demi, matin et soir. A partir de ce jour, les douleurs lancinantes de la tête et des yeux diminuèrent notablement, et, avec elles, le larmoiement et la rougeur des conjonctives, ainsi que le spasme des paupières. Après chaque pansement, la malade éprouvait un soulagement marqué qui durait plusieurs heures. L'œil droit revint bientôt à l'état naturel, et l'œil gauche s'améliora de jour en jour.

Le 4 avril, la malade ne ressentait plus de douleurs qu'à des intervalles très-éloignés; l'œil droit pouvait supporter la lumière, mais l'œil gauche avait encore besoin d'être recouvert d'un sachet, quoique la rougeur et le larmoiement eussent entièrement disparu. Malgré la dose considérable de morphine qui est, depuis plus de huit jours, d'un grain et demi matin et soir, la malade n'éprouve aucun symptôme de narcotisme, seulement elle ressent quelques vertiges. Les fonctions digestives sont en bon état, les selles régulières, le pouls naturel. On ne fait plus qu'un pansement par jour (un grain et demi).

Le 17, l'amélioration s'est soutenue; la malade éprouve

encore vers le matin de légères douleurs dans la tête et quelquefois dans l'œil gauche, avec de l'enchifrènement; mais ces symptômes disparaissent, peu après le pansement. L'œil gauche est encore très-sensible à la lumière; il n'existe plus aucune injection; mais on aperçoit, au centre de la cornée, une taie nébuleuse, de la grosseur d'une lentille; aussi la vue est-elle très-obscurcie. (Pilules composées d'un grain d'aconit et d'un demi-grain de calomel et de soufre doré d'antimoine; continuation de l'hydrochlorate de morphine, à la dose d'un grain et demi.)

Le 26, je cessai les poudres de morphine; je supprimai également les pilules qui produisaient de l'anorexie, du malaise et même des vomituritions. L'œil gauche était parfaitement rétabli; la malade voyait aussi bien de cet œil que de l'autre, la taie de la cornée était à peine sensible, et réduite à une ligne de diamètre. Cependant le rhumatisme de la tête persistait, quoique à un faible degré.

Je fis prendre, pendant huit jours, une décoction de 2 gros de quinquina acidulée avec un scrupule d'élixir acide de Haller.

L'écoulement périodique, qui avait manqué le mois précédent, reparut le 3 mai, et dura cinq jours. Depuis ce temps, il y eut encore plusieurs rechutes, particulièrement aux époques menstruelles. Mais un vésicatoire à la nuque, des frictions sur les tempes et sur le front avec un onguent composé d'extrait de belladone et d'onguent napolitain, et quelquefois les pilules de Plummer, ont suffi pour faire disparaître les accidens. Cependant, comme les douleurs rhumatismales de la tête n'ont jamais entièrement cessé et que ces douleurs ont toujours été en rapport bien manifeste avec l'affection des yeux,

j'ai commencé, le 5 janvier 1837, un traitement par l'huile de morue, d'abord 2, puis 3 et 4 cuillerées par jour. Là malade s'en trouve parfaitement bien, les maux de tête sont devenus très-rares, et depuis qu'elle fait usage de cette huile, les yeux n'ont plus été affectés.

Ce n'est pas sans intention que j'ai exposé avec quelques détails l'observation que l'on vient de lire. Quoique bien décrite dans les *Traités* modernes d'ophthalmologie, l'ophthalmie rhumatismale est encore assez souvent méconnue, et conséquemment mal traitée. Sans être précisément très-rare, cette affection est loin, cependant, d'appartenir aux formes les plus fréquentes des phlegmasies oculaires. M. Sichel, qui a le mérite d'avoir fondé, à Paris, la première clinique spécialement consacrée à l'ophthalmologie, et d'avoir introduit dans cette capitale, les principes et les vues ingénieuses des Allemands dans cette branche importante de l'art de guérir, M. Sichel n'a eu que 12 ophthalmies rhumatismales, sur 480 malades traités dans sa clinique, pendant le dernier trimestre de 1836, ce qui fait 1 sur 40, tandis qu'il a observé 92 ophthalmies scrophuleuses, c'est-à-dire un peu moins du cinquième du nombre total (*Gazette médicale de Paris;* 1837, n° 9).

Cette affection s'est présentée ici dans toute sa pureté, à l'exception des caractères tirés de l'injection de la conjonctive, caractères qui se rattacheraient plutôt à l'ophthalmie scrophuleuse. Cette anomalie s'explique très-bien par la constitution éminemment lymphatique de la malade, constitution qui devait nécessairement exercer une certaine influence sur les formes de la phlegmasie spéciale dont nous parlons. Du reste, la marche irrégulière de la

maladie, ses fréquentes récidives, ses exacerbations qui succédaient brusquement à un état voisin de la guérison, la photophobie, le spasme des paupières, le larmoiement, la douleur tensive du globe de l'œil, les élancemens dans ce même organe et dans toute la tête, ont caractérisé d'une manière bien manifeste l'inflammation de la sclérotique. Cette maladie reconnaissait pour cause un rhumatisme de la tête, qui paraissait exister depuis long-temps. Il se déplaçait rarement; quelquefois il se faisait sentir dans les épaules ou dans les bras, mais c'était pour peu de temps; il retournait bientôt à son siége primitif. Du reste, ces élancemens, dans différentes régions de la tête, n'existaient ordinairement qu'à un faible degré, si bien que la malade, qui les prenait pour des maux de tête ordinaires, n'en aurait pas parlé, si je ne l'avais pas plusieurs fois interrogée à ce sujet.

Déjà, les années précédentes, l'affection des yeux avait été assez forte, et surtout de longue durée, mais jamais elle n'avait atteint le degré d'intensité auquel elle arriva au mois de février 1836. Les symptômes les plus alarmans pouvaient faire craindre une inflammation de la cornée, peut-être même de l'iris, et amener ainsi la perte de la vue. Les émissions sanguines, les révulsifs de la peau et du canal intestinal, les mercuriaux portés jusqu'à un commencement d'affection des gencives, les purgatifs, les sudorifiques, n'avaient eu aucun résultat; les pilules de Plumer, tant recommandées dans cette affection, et qui m'avaient réussi plusieurs fois, étaient aussi restées sans effet. Rien, en un mot, n'avait pu diminuer la violence du mal, qui durait ainsi depuis vingt jours. L'efficacité des sels de morphine me paraît donc ici bien constatée, et l'on ne pourra pas venir m'opposer cette objection si dé-

courageante en thérapeutique : ce n'est pas votre médicament qui a guéri ; la maladie a cédé, parce que les causes qui l'entretenaient, ont cessé d'agir ; qui vous dit que vous n'auriez pas obtenu le même résultat par toute autre médication ? — Avec de pareils raisonnemens, il n'y a pas de thérapeutique possible. Sans doute, en insistant, plus que je ne l'ai fait, sur une des médications employées, ou en en *essayant* une autre, on serait, *peut-être*, arrivé à un bon résultat. Mais le danger était pressant ; j'ai eu recours à la méthode endermique, parce que d'autres praticiens s'en étaient bien trouvés, et je n'ai pas été trompé dans mon attente, puisque j'ai vu l'amélioration succéder, pour ainsi dire, instantanément à l'application du remède, et la malade éprouver à chaque pansement quelques heures de repos. Le traitement dura quarante-quatre jours, pendant lesquels on consomma environ 20 grains d'acétate de morphine, et plus de 60 grains d'hydrochlorate. L'amélioration fut surtout rapide, lorsque j'eus remplacé le premier de ces sels par le second, celui-ci étant plus soluble ; et il est probable que la guérison aurait eu lieu plus tôt, si j'avais employé de suite l'hydrochlorate, ou si l'acétate avait été mieux préparé. Une circonstance digne de remarque, c'est que, malgré des doses considérables et long-temps prolongées d'hydrochlorate de morphine, cette substance n'a exercé aucune action sur le système vasculaire, ni sur l'encéphale, si l'on excepte de légers vertiges. On devra donc préférer cette préparation à toutes les autres, non-seulement à cause de sa plus grande solubilité, mais aussi parce qu'elle ne renferme pas de narcotine, et qu'elle manifeste ses propriétés calmantes, sans exciter le système artériel.

Quant au rhumatisme chronique de la tête, j'ai tout

lieu d'espérer qu'il cèdera à l'usage long-temps prolongé de l'huile de morue, dont plusieurs praticiens ont eu à se louer dans des affections de cette nature.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Rhumatisme fixe, apyrétique, de la nuque et des bras; guérison par l'acétate de morphine.

Catherine R***, âgée de quarante-trois ans, entrée à l'hôpital (service de M. le docteur Marchal), le 1er janvier 1836, pour une plaie superficielle de l'avant-bras droit, se plaignait, en outre, de douleurs rhumatismales, qu'elle éprouvait, depuis trois mois, dans les muscles de la nuque, de l'épaule et dans toute l'étendue des extrémités supérieures. La maladie commença par le membre gauche; les douleurs étaient quelquefois très-vives, lancinantes et empêchaient la malade de dormir. Aujourd'hui les douleurs les plus fortes siègent dans les muscles de l'épaule droite et de la nuque, et irradient vers le bras; cependant elles n'ont jamais nui aux mouvemens de cette extrémité. L'état général de cette femme n'offre rien de particulier, toutes les fonctions se font régulièrement. (On prescrit la teinture de colchique à la dose de 15 à 30 gouttes, quatre fois par jour, et l'on applique, entre les deux épaules, un vésicatoire qu'on a soin d'entretenir.)

Ce traitement ayant été continué, sans aucun succès, pendant douze jours, on eut recours, le 13 janvier, à l'acétate de morphine, dont on fit saupoudrer le vésicatoire, en commençant par 1/4 de grain, matin et soir.

Dès la première application, la malade éprouva du soulagement. On augmenta assez rapidement la dose de la morphine, en sorte que, le 17, elle fut portée à 1 grain matin et soir. Pour la première fois depuis son séjour à

l'hôpital, la malade passa une très-bonne nuit, sans éprouver aucune douleur.

Le 18, sixième jour du traitement, cette femme a, pendant la journée, plusieurs vomissemens bilieux; elle se plaint de malaise, de vertiges, de céphalalgie obtuse; bouche amère, langue sèche, couverte d'un enduit blanc-jaunâtre, soif; pouls lent et petit; teinte jaunâtre de la peau; selles normales. Douleurs rhumatismales à peu près nulles (on suspend l'acétate de morphine).

Le 19, les vomissemens ont cessé; la malade se plaint encore de vertiges, d'un sentiment de pression à l'épigastre et de tintemens d'oreilles. Le pouls est fréquent et petit (limonade).

Le 20, les signes d'embarras gastrique ont entièrement disparu. Le bras droit est encore un peu douloureux pendant la nuit, le gauche va bien, ainsi que la nuque (un demi-grain d'acétate de morphine matin et soir).

La même dose fut continuée jusqu'au 24, époque à laquelle elle fut portée à 1 grain matin et soir. La malade éprouva de nouveau, par intervalles, des vertiges et des vomituritions, mais peu à peu ces symptômes se dissipèrent.

Le 10 février, les douleurs rhumatismales ayant entièrement cessé depuis quelques jours, on supprime la morphine. La femme R*** quitte l'hôpital le 22 février, parfaitement rétablie.

Est-ce à l'acétate de morphine qu'il faut attribuer le trouble des fonctions digestives et le commencement de narcotisme, dont la malade fut atteinte le sixième jour du traitement? Nous le pensons, quoique la dose du médicament n'ait été que d'un grain, matin et soir, tandis que

nous n'avons rien vu de semblable dans l'observation précédente, avec des doses plus fortes et continuées plus long-temps. Ce sont de ces différences qui tiennent aux idiosyncrasies. On a donc pu observer ici l'action locale, calmante, se manifestant de suite après l'application du remède, et l'action générale, secondaire, sur l'estomac et sur le cerveau; mais il est à remarquer que le système circulatoire n'a été influencé que plus tard, et à un faible degré. Du reste, la morphine s'est montrée très-efficace, ainsi qu'il arrive le plus souvent dans les rhumatismes fixes, apyrétiques; vingt-huit jours de traitement, et environ 40 grains d'acétate de morphine ont suffi, sans autres médicamens, pour faire disparaître une affection qui durait depuis trois mois.

J'aurais désiré rapporter encore quelques observations d'affections rhumatismales ou nerveuses, dans lesquelles les préparations de morphine ont été employées avec succès; mais comme elles n'ont pas été recueillies avec assez de détails, je suis obligé de les passer sous silence.

TROISIÈME OBSERVATION.

Paraplégie à la suite de couches; strychnine à haute dose par la méthode endermique; puis, extrait de noix vomique à l'intérieur; guérison.

Une femme, âgée de quarante-deux ans, était affectée, depuis huit ans, d'une paralysie des extrémités inférieures, qu'elle disait être survenue peu à peu à la suite de couches et après plusieurs refroidissemens. Cette paralysie paraissait avoir été précédée de rhumatismes, du moins la malade disait-elle avoir éprouvé antérieurement des douleurs vagues dans les extrémités.

Pendant plusieurs années consécutives, différens traite-

mens ayant été essayés sans succès à l'hôpital, cette femme fut transportée dans la division des maladies réputées incurables (service de M. le docteur Ristelhueber), où je l'observai vers la fin de l'année 1831.

Le membre droit était plus affecté que le gauche; cependant, ces extrémités conservaient encore de la sensibilité, et pouvaient exercer quelques mouvemens obscurs. Souvent elles étaient le siége de douleurs sourdes, surtout pendant la mauvaise saison, ou lors des changemens de temps. État général satisfaisant. La malade, qui est à l'âge critique, n'a pas eu ses règles depuis deux mois.

Le 1er décembre 1831, on appliqua un vésicatoire sur la région lombaire, et l'on pansa ce vésicatoire avec la strychnine, dont on augmenta assez rapidement la dose, en sorte que le 8 décembre, elle était déjà d'un grain matin et soir. Jusque-là cette femme n'avait rien éprouvé de particulier; à la suite de cette dernière dose, elle ressentit quelques fourmillemens dans les extrémités inférieures, mais sans aucune secousse.

Le 20, la dose fut portée à 2 grains, matin et soir. Le vésicatoire suppurait très-peu, une grande partie de sa surface était desséchée, circonstance à laquelle il faut attribuer le peu d'action de la strychnine. Cependant la malade ressentait par fois des secousses assez fortes dans les jambes. Depuis quelques jours aussi, les mouvemens se faisaient avec plus de facilité; la malade pouvait descendre du lit et se tenir debout, appuyée contre le bois de lit ou contre un meuble, ce qu'elle n'avait encore pu faire jusque-là.

Le 5 janvier 1832, on était arrivé à la dose de 3 grains, matin et soir. La malade éprouvait, par intervalles, pendant la nuit, des secousses très-fortes, et de violens bat-

temens de cœur, mais ces symptômes étaient de courte durée. Depuis plusieurs jours le vésicatoire la faisait beaucoup souffrir; sa surface inégale, bosselée, recouverte de croûtes, n'était plus propre à l'absorption. On applique un cataplasme émollient sur la plaie, et on suspend la strychnine.

Le 12. Nouveau vésicatoire sur la région trochantérienne de la cuisse droite.

Le 13. Trois grains de strychnine, matin et soir. Comme on devait s'y attendre, il y eut, pendant la nuit, des secousses assez fortes.

Le 14. Même dose; quelques secousses pendant la journée, secousses très-fortes et fréquentes pendant la nuit.

Le 15. Trois grains, le matin seulement; rien le soir.

Le 16. Trois grains, le matin. A dix heures, c'est-à-dire une heure après l'application de la strychnine, secousses des plus violentes et générales, qui se succèdent avec rapidité, et sont accompagnées de douleurs déchirantes dans les membres. La malade pousse des cris; les traits du visage expriment les plus vives angoisses; les yeux brillans font saillie hors des orbites; face rouge; pouls petit, concentré, trés-fréquent; battemens du cœur violens, tumultueux; respiration anxieuse; sueur abondante. On enlève le vésicatoire, on lave la plaie avec de l'eau tiède, et on la recouvre d'un linge enduit de cérat. Les symptômes diminuent peu à peu, cependant les secousses continuent toute la journée et une partie de la nuit, mais à un faible degré.

Le 17. Un grain et demi, matin et soir; secousses modérées pendant la journée, mais de nouveau très-violentes pendant la nuit, accompagnées à peu près du même cortége de symptômes que la veille.

Le 18. Un grain, matin et soir. Les secousses sont toujours très-fortes, elles commencent une demi-heure après le pansement, et durent plusieurs heures.

Le 19 et le 20. Un demi-grain, matin et soir. Secousses moins fortes, cependant elles fatiguent beaucoup la malade, qui demande avec instance que l'on suspende le médicament.

Le 21. On cède à ses désirs, mais on lui fait prendre à l'intérieur 1/2 grain d'extrait de noix vomique, matin et soir. Pendant la journée et la nuit, secousses assez fortes des extrémités inférieures et supérieures, accompagnées de douleurs dans ces extrémités et dans la région précordiale, de céphalalgie, de palpitations; pouls petit et accéléré.

Le 22. Un demi-grain d'extrait de noix vomique, donné le matin, produit, une heure après, les mêmes phénomènes que la veille. — On laisse reposer la malade le soir et le lendemain. Quoiqu'elle ne prenne rien pendant cet intervalle, elle ressent encore, de temps à autre, quelques légères secousses.

Le 24. Une pilule de 1 1/2 de grain, matin et soir. Pendant la nuit, insomnie, secousses, à la vérité légères, mais picotement et prurit insupportables dans les jambes, surtout dans la jambe droite. La nuit suivante, secousses plus fortes, semblables à des commotions électriques, que la malade dit partir de la région lombaire.

Ces symptômes, augmentant de jour en jour d'intensité, on se décide, le 30 janvier, à cesser tout médicament, et à observer les effets de ce traitement énergique.

Le calme se rétablit peu à peu, les secousses et les picotemens cessèrent, le sommeil revint; en un mot, tout rentra dans l'ordre.

Quant à la maladie principale, les mouvemens des extrémités étaient devenus bien plus faciles, la malade se sentait plus forte, elle pouvait se lever et marcher en s'appuyant le long des murs ou contre les lits de la salle.

Bientôt elle put se servir de béquilles, ou marcher, appuyée sur le bras de deux aides.

L'amélioration continua à faire des progrès, si bien qu'au bout de deux mois, cette femme, qui n'avait pas quitté son lit depuis huit ans, pouvait circuler seule dans la maison, et même monter et descendre des escaliers.

Aujourd'hui (mars 1837) elle occupe, comme pensionnaire, une des salles de l'hôpital; elle n'a besoin d'aucun aide, mais sa marche est chancelante, et souvent elle éprouve des douleurs rhumatismales dans les jambes, surtout lors des variations atmosphériques.

Nous croyons devoir attribuer cette guérison remarquable: d'abord, à ce que la paraplégie paraissait avoir succédé à des rhumatismes chroniques, ainsi qu'on en a des exemples, et, en second lieu, au traitement énergique et long-temps soutenu. Ce traitement a duré cinquante jours, pendant lesquels on a consommé environ 140 grains de strychnine. Pendant près de huit jours, la dose a été de six grains. A la vérité, cette dose n'aurait sans doute pas été supportée aussi long-temps, si le vésicatoire s'était trouvé dans des conditions plus favorables à l'absorption; on a pu voir, en effet, avec quelle intensité la strychnine a manifesté son action, le quatrième jour après l'application d'un nouveau vésicatoire.

Du reste, ces symptômes, malgré toute leur violence, n'ont rien de dangereux, si l'on sait s'arrêter à temps. Il faut surtout surveiller l'état du cerveau, et suspendre le

traitement, à la moindre menace d'une congestion cérébrale. D'ailleurs, si l'on avait lieu de redouter quelque accident grave, nous possédons, dans l'acétate de morphine, un antidote prompt et sûr, qu'il suffit d'appliquer, à la dose de 2 grains, sur la plaie, pour faire cesser les symptômes produits par la strychnine. Dans le cas présent, on n'a pas eu besoin d'y recourir, les symptômes ayant diminué d'intensité aussitôt après que la plaie eut été lavée et pansée avec du cérat.

Je ferai encore remarquer l'extrême susceptibilité du sujet, à la suite de cette violente surexcitation du système nerveux. Les plus faibles doses d'extrait de noix vomique, qui, certainement n'auraient produit aucun effet sur un autre individu, provoquaient chez notre malade des symptômes presque aussi violens que les fortes doses de strychnine.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Amaurose; emploi de la strychnine par la méthode endermique; pas de guérison.

François Jæger, âgé de cinquante ans, palefrenier, fortement constitué, d'un tempérament sanguin et bilieux (cheveux noirs, iris bruns), atteint d'amaurose depuis cinq à six mois, entra à l'hôpital le 25 avril 1835 (service de M. Marchal).

Le malade ne nous donne que des renseignemens vagues sur les causes de cette affection, qu'il attribue à des refroidissemens et à une mauvaise alimentation. Il n'a jamais été sujet aux hémorrhoïdes; ses fonctions digestives se sont toujours bien exercées; aucune affection cutanée, aucune maladie antécédente à laquelle on puisse rattacher l'amaurose; seulement, il y a quinze ans, il a eu une affec-

tion syphilitique, dont il n'est resté aucune trace. La maladie s'est développée lentement; d'abord il croyait voir des mouches, des toiles d'araignée voltiger devant ses yeux; plus tard, il ne se manifesta plus rien de semblable; mais la vue s'affaiblit de plus en plus.

Les deux pupilles sont considérablement dilatées; l'iris a perdu toute sa contractilité; cependant la cécité n'est pas complète: le malade peut marcher sans guide, et distinguer les personnes et les objets d'un certain volume, mais il lui semble qu'un nuage voile ses yeux. Il ne se plaint jamais de maux de tête ni de vertiges.

On chercha d'abord à agir sur le canal intestinal par des purgatifs fréquens, par le tartre stibié en lavage, par les pilules de Richter, que le malade prit à des doses considérables, et pendant une partie de l'année; on passa un séton à la nuque, on prescrivit de fréquens bains de pieds et différens collyres. Ce traitement ayant été continué pendant neuf mois sans aucun succès, on résolut d'essayer la strychnine par la méthode endermique. A cet effet, on appliqua, le 2 janvier 1836, un petit vésicatoire sur chaque tempe, et l'on commença, le 4 janvier, par 1/8 de grain, matin et soir.

Le 10 janvier (septième jour). Le malade éprouve depuis deux jours des douleurs vagues et des espèces de secousses dans la tête, principalement dans les régions temporales et pariétales. L'application de la strychnine, sur la plaie, est suivie d'un léger sentiment de brûlure, qui dure un quart d'heure.

Le 11. Un quart de grain, matin et soir. Pulsations dans la tête; écoulement plus abondant de larmes; malaise général; le malade se plaint de faiblesse des paupières, il lui semble qu'elles ont toujours de la tendance à s'abaisser.

Le 12. Trois quarts de grains dans la journée. Céphalalgie et pulsations plus fortes; douleurs lancinantes dans les régions temporales. Sensation d'ardeur dans les yeux; vision plus trouble encore qu'à l'ordinaire.

Le 13. Un demi-grain, matin et soir. Prurit général, ou plutôt sensation de picotement sur toute la surface du corps, ainsi que dans les yeux.

Le 14. Même dose. Un quart d'heure après le pansement du matin, fortes pulsations dans les tempes, qui durent trois heures; picotemens continuels.

Le 15. Un grain, matin et soir. Rien de particulier pendant la journée; diminution des douleurs de tête. Les vésicatoires sont en partie desséchés; on en applique de nouveaux au-dessus des sourcils.

Le 17. Un grain, matin et soir. Environ un quart d'heure après le pansement du soir, douleurs, tiraillemens, pulsations dans la tête. Ces symptômes durent fort avant dans la nuit; ils se renouvellent les jours suivans, après chaque pansement, avec une intensité toujours croissante.

Le 19 (seizième jour). Chocs électriques dans les bras et dans les jambes, tremblement général, douleurs lancinantes, très-vives, dans la tête; vertiges, marche chancelante; figure animée; pouls à 96, mou, mais développé; chaleur modérée; moiteur; insomnie; respiration normale. Aucun dérangement des fonctions digestives.

Le 20. Même dose que les jours précédens. Les mêmes symptômes que la veille, mais à un degré plus intense, et, de plus, absence d'appétit, bouche mauvaise, langue blanchâtre, constipation. Le malade est obligé de garder le lit (on suspend la strychnine).

Le 21. Encore quelques secousses pendant la nuit, mais journée bonne. Aucun changement du côté de la vision;

au contraire, le malade déclare distinguer moins bien les objets, qu'avant l'emploi de la strychnine.

Le 22. Douleurs sourdes dans la tête, et un peu de somnolence; l'appétit revient.

Le 23. Un quart de grain, matin et soir, de sulfate de strychnine.

Le 24. Pulsations dans la tête, légères secousses dans les jambes; pouls naturel pour la fréquence, mais petit et faible.

Le 25. Un demi-grain, matin et soir. On continue cette dose pendant trois semaines. Le malade éprouve, pendant cet espace de temps, les mêmes symptômes que j'ai mentionnés plus haut, mais à un degré modéré.

Le 17 février. Depuis plusieurs jours le malade croit mieux distinguer les objets. Cependant rien n'est changé dans l'état de la pupille; elle n'a rien perdu de son immobilité (1 grain 1/2 par jour).

Le 25. L'augmentation dans la dose du médicament a déterminé aussi une exaspération des symptômes déjà décrits, auxquels sont venues s'ajouter des douleurs très-vives dans la région sacrée. Cependant il n'existe pas de fièvre; seulement le pouls est, parfois, accéléré. L'action de la strychnine commence toujours à se manifester un quart d'heure environ après chaque pansement, et dure trois à quatre heures. Les secousses sont, en général, peu fréquentes, mais très-fortes. Plusieurs fois on a été obligé d'appliquer de nouveaux vésicatoires; toujours, dans ces circonstances, les symptômes ont augmenté d'intensité.

Le 15 mars. Prurit insupportable, d'abord dans les mains et les pieds, puis par tout le corps; vertiges, secousses plus fréquentes, insomnie, fièvre.

Le 16. Le malade, qui, depuis plusieurs semaines,

chancelait en marchant, comme un homme ivre, fit une chute dans la salle, se croyant, dit-il, frappé d'apoplexie. Cette circonstance, ainsi que l'intensité et la fréquence des secousses nous obligent de suspendre la strychnine.

Le 19. Tous les signes de toxication ont disparu; le malade ne se plaint plus que de faiblesse. L'état des yeux est resté le même. On renonce tout-à-fait au traitement par la strychnine, qui est évidemment sans effet.

Cet homme fut atteint, au mois de mai, d'un commencement de surdité, due, sans doute, à la même cause qui avait produit l'amaurose. Il fut placé plus tard parmi les pensionnaires infirmes.

J'ai rapporté cette observation, non-seulement parce qu'il est tout aussi important de faire connaître les cas où un médicament a échoué que ceux dans lesquels il a réussi, mais principalement parce qu'on peut mieux apprécier, ici, que dans l'observation précédente, les effets de la strychnine sur l'économie, les symptômes ayant été notés, jour par jour, avec exactitude.

Et d'abord, nous voyons l'action du médicament se manifester, le septième jour, non loin du lieu d'application, par un travail particulier dans la tête, et rester bornée à cette partie jusqu'au dixième jour. Alors surviennent des picotemens par tout le corps : l'action commence à devenir générale. Aux picotemens et au prurit succèdent, le seizième jour, les chocs électriques dans le tronc et dans les extrémités, et tout le cortége des symptômes que déterminent les fortes doses de strychnine. Alors aussi la fièvre se développe, et s'accompagne, le jour suivant, du dérangement des fonctions digestives, qui sont ainsi affectées les dernières. Pendant que tout le système nerveux

était en proie à une aussi violente surexcitation, l'action nerveuse paraissait, au contraire, déprimée dans les nerfs qui président à la vision. Cette circonstance aurait pu suffire pour nous faire renoncer à ce mode de traitement; cependant nous résolûmes de tenter encore un dernier essai, en donnant le sulfate de strychnine à des doses modérées, mais long-temps prolongées. On vit surgir les mêmes symptômes que précédemment, et dans le même ordre de succession, mais sans plus d'effet.

Un fait qui résulte de cette observation, c'est qu'on peut porter la strychnine à des doses considérables, et en continuer long-temps l'emploi, quand même le lieu d'application est voisin du cerveau. À la vérité, la dose n'a pas dépassé 3 grains par jour, mais le traitement a duré plus de deux mois et demi. Nous avons toujours vu les accidens cesser d'eux-mêmes, aussitôt qu'on supprimait la strychnine, et les symptômes disparaître dans un ordre inverse de celui de leur apparition: la fièvre d'abord se calmait, puis les secousses générales, puis les pulsations dans la tête; au bout de trois jours, tout était passé, à l'exception des vertiges, ou plutôt d'un embarras dans toute la tête, qui persistait plus long-temps.

Le peu de succès de la strychnine dans l'observation qu'on vient de lire, provient peut-être de ce que l'amaurose reconnaissait pour cause une lésion matérielle des nerfs qui président à la vision, ou peut-être même de quelque partie du cerveau. Quoi qu'il en soit, on ne devra pas, pour cela, renoncer à un traitement dont on a quelquefois tiré un excellent parti, lorsque toute autre médication avait échoué.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Coqueluche simple; emploi de l'extrait de belladone par la méthode endermique; guérison rapide.

Je fus appelé, le 22 décembre 1835, auprès de l'enfant Chartier, petite fille âgée de cinq ans, affectée de coqueluche. La toux a commencé il y a trois semaines; elle est restée catarrhale pendant quinze jours; ainsi, ce n'est que depuis huit jours, qu'elle a revêtu le caractère spasmodique. Accès plus fréquens la nuit que le jour; toux convulsive, suivie constamment de vomissemens abondans de matières glaireuses, très filantes; coloration de la face d'un rouge bleuâtre; l'enfant, pendant l'accès, se cramponne aux objets environnans, trépigne et témoigne une vive impatience. L'accès terminé, tout rentre dans l'ordre, l'enfant joue et conserve la gaieté naturelle à cet âge. Les accès durent ordinairement de cinq à six minutes, ils se répètent à des intervalles très-variables, cependant il y en a toujours plusieurs dans l'espace d'une heure. Ces accès, plus forts et plus rapprochés pendant la nuit, ne laissent à la petite malade aucun repos. L'appétit est bon, mais l'ingestion des alimens ou des boissons détermine constamment un accès de toux, suivi du rejet des matières introduites dans l'estomac. Cet enfant est très-lymphatique: ses joues sont bouffies, quoique très-colorées; des croûtes scrophuleuses recouvrent le pavillon de l'oreille; la lèvre supérieure est tuméfiée dans son milieu.

Je fis appliquer, le soir même, un emplâtre vésicant, d'un pouce et demi de longueur sur un pouce de largeur, à la partie inférieure de la nuque.

Le lendemain, 23 décembre, la nuit avait été comme les précédentes, cependant l'enfant avait moins toussé. A

dix heures du matin, j'enlevai l'épiderme, et je pansai la petite plaie avec un onguent composé d'extrait de belladone ℈j, axonge ℥jj.

Journée beaucoup meilleure que les précédentes, *à peine un accès par heure*, durée des accès moins longue. A six heures du soir, le pansement est renouvelé. La plaie est rouge et suppure assez abondamment; l'application de l'onguent, sur le derme, détermine une douleur assez vive, mais passagère; nuit très-bonne; l'enfant dort presque continuellement; depuis sept heures du soir, jusqu'à dix heures du matin, on ne compte que quatre accès.

Le 24. Deuxième jour du traitement. Quelques accès de courte durée pendant la journée, aucun pendant la nuit. Le vésicatoire commence à se sécher; la surface absorbante est diminuée de moitié.

Le 25. Troisième jour. L'enfant éprouve, vers le matin, quelques accès plus forts que ceux du jour précédent, et à des intervalles plus rapprochés. Le vésicatoire est presque guéri; cependant, pour épargner de nouvelles douleurs à l'enfant, je renonce à en appliquer un nouveau, et je me contente de faire frictionner la poitrine et les parties latérales du cou avec l'onguent de belladone.

Dès ce jour, la toux perdit, peu à peu, son caractère spasmodique, il n'y eut plus de vomissemens, et les nuits devinrent très-bonnes. On continua les frictions pendant huit jours; au bout de ce temps, la toux, qui était devenue tout-à-fait catarrhale, et qui diminuait de jour en jour, cessa entièrement.

La belladone est regardée, pour ainsi dire, comme spécifique, dans le traitement de la coqueluche; aussi la plupart des praticiens emploient-ils l'extrait de cette sub-

stance, soit à l'intérieur, soit en frictions sur la poitrine. Le docteur Richter est le premier qui ait eu l'idée de l'appliquer sur le derme mis à nu. Pour cela, il fait délayer un scrupule d'extrait de belladone, dans deux gros d'eau de laurier-cerise, et étend ce liquide sur la plaie (*Archiv. méd.;* t. II, p. 420). Ici j'ai préféré l'incorporer à l'axonge, parce que l'eau de laurier-cerise cause une ardeur très-vive. Le succès, dans l'observation qu'on vient de lire, a été des plus prompts, et cette promptitude, je crois qu'il faut l'attribuer au mode d'administration de la belladone.

Je vais rapporter, en peu de mots, deux autres cas de coqueluche, dans lesquels le même médicament, administré de la même manière, est resté à peu près sans effet.

SIXIÈME OBSERVATION.

Coqueluche simple; extrait de belladone par la méthode endermique; amélioration passagère.

Joséphine, âgée de deux ans et trois mois, affectée de coqueluche, est placée dans la salle des accouchées de l'hôpital civil (service de M. le professeur Ehrmann), où elle est soignée par sa mère.

La toux spasmodique existe depuis un mois; elle a été précédée, pendant trois semaines, de toux catarrhale. Les accès sont très-rapprochés et durent souvent plus de cinq minutes; ils ont tous les caractères de la coqueluche, et se terminent par une expectoration de mucosités filantes, quelquefois mêlées de sang. Cette enfant, du reste, se porte bien, et, malgré la durée de la maladie, elle n'a rien perdu de son embonpoint. L'appétit est bon, mais l'ingestion des alimens provoque un accès de toux suivi de

vomissemens. Les accès sont plus fréquens la nuit que le jour.

Le 15 avril 1836, on applique, le soir, un petit vésicatoire à la nuque. Le lendemain on étend sur le derme, mis à nu, quelques gouttes du mélange recommandé par le docteur Richter; ce liquide paraît déterminer de fortes douleurs, l'enfant crie et pleure, long-temps encore après le pansement. Le soir, le linge, enduit de cérat, qui recouvrait la plaie, avait glissé; on rétablit la suppuration, au moyen de l'onguent épispastique.

Le 17, je panse le vésicatoire avec une pommade composée d'un scrupule d'extrait de belladone et d'un gros d'onguent épispastique. Les accès sont aussi fréquens, mais moins longs et moins violens qu'à l'ordinaire.

On continue le même traitement pendant huit jours: les accès varient pour la fréquence, la durée et la force; en général, ils ne paraissent être que très-faiblement modifiées par la belladone, quoiqu'on fasse deux pansemens par jour, et que le vésicatoire soit en bon état.

Le 24. La toux est toujours convulsive, et les accès à peu près les mêmes, seulement ils ne sont pas toujours suivis de vomissemens. On supprime la belladone.

L'enfant fut mis à l'usage de potions et de boissons adoucissantes; la toux dura encore pendant près de six semaines, cependant elle perdit peu à peu de son intensité, et finit par s'éteindre.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Coqueluche simple; extrait de belladone employé, sans succès, par la méthode endermique; guérison par l'usage interne de cette substance.

L'enfant Rieb, petite fille de quatre ans, sanguine et lymphatique, était atteinte de coqueluche depuis quatre

jours; pendant huit jours environ, la toux avait été catarrhale. Je la vis pour la première fois le 24 janvier 1837; les accès étaient peu violens, de courte durée, suivis d'une expectoration glaireuse, mais sans vomissemens; la nuit, ils étaient plus rapprochés et plus forts.

Je fis d'abord appliquer quelques sangsues à l'épigastre, puis je plaçai, le 26 janvier, un vésicatoire à la nuque, et je pansai la plaie, comme dans le cas précédent, avec l'extrait de belladone mêlé à de l'onguent épispastique.

Le premier jour, il y eut un peu de soulagement, la nuit fut meilleure.

Le deuxième jour, le vésicatoire tendait déjà à se dessécher, cependant il présenta encore, pendant plusieurs jours, une surface assez grande.

Le septième jour, la toux étant restée à peu près la même, et le vésicatoire étant guéri, je prescrivis 2 grains d'extrait de belladone, dans une potion gommeuse, à prendre par cuillerées.

La maladie se dissipa au bout de quinze jours.

Un obstacle réel que l'on rencontre dans l'emploi de la méthode endermique, c'est la difficulté de maintenir le vésicatoire dans des conditions favorables à l'absorption. C'est peut-être une des causes auxquelles il faut attribuer le peu de succès du traitement, dans les deux dernières observations, car on remarquera que le premier pansement a toujours été suivi de quelque soulagement. D'un autre côté, il eût été nécessaire de s'assurer de la bonne qualité de l'extrait de belladone, car le mode de préparation des extraits narcotiques influe beaucoup, comme on sait, sur leur action. Je regrette de n'avoir pris aucune information à cet égard. Du reste, il n'arrive que trop sou-

vent, en thérapeutique, de voir un médicament qui nous a réussi plusieurs fois, échouer dans des cas analogues: l'action des spécifiques eux-mêmes est loin d'être toujours infaillible.

Ici se bornent les observations que j'ai pu recueillir, jusqu'à présent, sur l'emploi de la méthode endermique. Il est à regretter que ce mode d'administration des médicamens ne soit pas plus généralement répandu; les succès qu'on en a retirés méritent bien qu'on se livre à de nouvelles recherches, et que l'on étende ainsi, de plus en plus, le domaine de la thérapeutique, qui ne saurait jamais être trop vaste pour le but auquel doivent tendre tous les efforts du médecin.

(*La suite prochainement.*)

Note sur l'épidémie de grippe qui règna à Strasbourg au commencement de l'année 1837.

Répandue depuis la fin de l'année 1836 dans presque toutes les parties de l'Europe, la grippe se manifesta à Strasbourg dans les premiers mois de l'année 1837. Comme dans les autres villes, elle a présenté, dans sa marche, une période d'invasion et d'accroissement, de *summum* et de déclin. Ce n'est pas d'une manière brusque, et d'un jour à l'autre que la maladie s'est étendue à la masse de la population; pendant près d'un mois, l'influence épidémique, douteuse encore, n'exerçait son action que sur des personnes isolées. Dès le 15 janvier 1837, des cas de grippe ont été observés par différens praticiens. Peu considérables d'abord, le nombre des malades a surtout aug-

menté vers le commencement de février, et c'est dans la seconde moitié de ce mois jusque dans la première quinzaine de mars, que l'affection, plus généralement répandue, paraît avoir atteint son *summum*. Dans la seconde moitié de mars, les malades nouveaux devinrent de plus en plus rares; et vers le commencement du mois d'avril, on ne vit plus que quelques cas isolés. C'est vers le 10 de ce mois que M. le docteur Bœckel, un des praticiens les plus répandus de notre cité, observa le dernier cas nouveau.

La durée *totale* de la grippe a donc été de trois mois à peu près. La maladie, à la vérité, n'a régné sur une grande partie de la population que pendant six semaines. Mais, avant comme après cette période de *summum*, l'influence épidémique est incontestable, et ces deux époques d'augment et de déclin doivent évidemment ne pas être retranchées de la durée totale de l'épidémie.

Il est difficile d'établir d'une manière *rigoureuse* le chiffre proportionnel des sujets frappés par la maladie; il faudrait, pour cela, des données statistiques qu'il est impossible de recueillir dans une grande ville. D'après les renseignements les plus positifs que nous ayons pu réunir, les deux tiers de la population à peu près auraient subi l'influence épidémique. C'est à ce résultat aussi qu'est arrivé M. le docteur Stœber, par un procédé qui nous paraît digne de quelque attention: car s'il était employé, dans les cas d'épidémie, par un certain nombre de praticiens répandus, il fournirait des données plus positives que celles qui servent ordinairement de base aux évaluations approximatives.

Pour calculer la proportion des malades aux bien-portants, M. Stœber nota toutes les familles dont il est le médecin ordinaire; puis, après avoir compté le nombre d'in-

dividus dont chacune d'elle se compose, et le nombre de ceux qui ont été affectés de grippe, il trouva, pour résultat, que, sur 200 personnes, 120 (ou les deux tiers) avaient été atteintes.

Ainsi, en évaluant la population de Strasbourg à 55,000 âmes, le nombre des grippés aurait été à peu près de 36 à 37,000.

M. le docteur Bœckel a observé 257 sujets affectés de grippe: 100 hommes, 140 femmes et 17 enfans. M. le professeur Ehrmann en a observé 105, dont 74 adultes et 31 enfans.

M. le docteur Maugin, sur 48 malades, 9 enfans.

En réunissant ces différentes données, on aura sur 410 malades 57 enfans.

Le premier âge de la vie paraît donc avoir fourni le moins de malades, et s'il était permis d'établir, d'après ces faits, une proportion générale, le nombre des enfans malades, comparé à celui des adultes, aurait été comme 1 à 7.

La plupart des données s'accordent à reconnaître que les femmes ont été plus particulièrement affectées que les hommes. Quant aux vieillards, comme chez eux la maladie a été généralement plus grave, les médecins ont été plus souvent appelés à leur donner des soins; mais rien ne prouve qu'ils aient été plus exposés à contracter la grippe que les adultes.

Le tempérament, la constitution, l'état social et la manière de vivre ne paraissent, du reste, pas avoir exercé une influence bien évidente sur le développement de la grippe: les riches comme les pauvres, les individus forts et robustes comme les sujets faibles ont également subi l'influence épidémique.

Peu de familles ont été complétement épargnées. Rare-

ment on voyait la maladie en affecter simultanément tous ou plusieurs membres; mais une fois développée chez une personne, on la voyait s'étendre successivement aux autres habitans de la maison, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on put observer des cas isolés au milieu de familles restées saines.

Les causes de la maladie qui vient de sévir sur la population de Strasbourg, paraissent aussi obscures que celles des épidémies analogues observées antérieurement. Ce qui est évident pour tout le monde, c'est que les circonstances individuelles ou locales ont exercé peu d'influence sur son développement. La maladie que nous avons observée, n'est, en effet, que l'extension d'une épidémie européenne qui, partout identique, doit nécessairement être attribuée à des causes générales dont l'influence s'est fait sentir d'une manière uniforme dans les climats les plus variés, chez les populations les plus différentes de constitution, d'habitudes et de mœurs.

Cette prodigieuse extension de la grippe a conduit la plupart des médecins à l'idée d'une influence morbifique générale, dont la cause première se trouverait dans une modification particulière survenue dans des conditions physiques du milieu qui entoure notre globe. C'est dans la manière d'être de l'atmosphère, dans certains changemens survenus dans sa *constitution* qu'ils ont prétendu trouver une solution satisfaisante à ce problème d'étiologie. Mais de quelle nature est ce changement, quelles sont les circonstances qui l'ont amené, de quelle manière agit-il sur les organismes? Voilà autant de questions pour la solution desquelles les données positives font défaut et laissent le champ libre à l'imagination. L'observation a constaté, à la vérité, que les épidémies catarrhales se déve-

loppent de préférence sous l'influence d'une température froide et humide, et après des alternatives rapides de froid et de chaud. Mais ces conditions météorologiques ne peuvent cependant point être regardées comme l'unique cause de ces vastes épidémies qui ont, à différentes reprises, parcouru l'Europe. Combien d'années, remarquables par leur humidité et les vicissitudes brusques de température, n'a-t-on pas observées sans que des épidémies de grippe en eussent été la suite? D'un autre côté, il est loin d'être démontré que ces conditions météorologiques aient existé partout où l'épidémie actuelle s'est montrée; et pour les épidémies antérieures, le contraire même n'est pas douteux. Une température froide et humide, des variations brusques dans les conditions météorologiques peuvent donc bien être pour quelque chose dans le développement de la grippe dans plusieurs localités qu'elle a envahies, puisque c'est dans de pareilles circonstances que les affections catarrhales se montrent de préférence; mais on ne peut les considérer comme la seule et unique influence pathogénique.

A côté d'elle, il paraît exister une autre cause inconnue, dont l'influence seule est appréciable, mais dont la nature échappe à nos investigations. L'attribuer à des exhalaisons telluriques produites par les pluies abondantes, la chercher dans des changemens survenus dans l'état électrique de l'atmosphère, etc., etc., c'est vouloir substituer aux faits d'observations des hypothèses dont rien ne démontre la réalité. Mais s'il est impossible de formuler la cause pathogénique de la grippe, nous ne devons cependant pas négliger de faire connaître les influences qui ont précédé son invasion, et qui, très-probablement aussi, ont favorisé son développement.

A Strasbourg, comme à Paris, l'épidémie s'est manifestée après des conditions atmosphériques, reconnues favorables au développement des affections catarrhales. Ces conditions, nous allons rapidement les indiquer.

La première moitié de l'année 1836 n'a rien présenté d'extraordinaire, le temps a été assez constamment beau, sec, et le vent du nord prédominant. En été on a remarqué de fortes rosées le matin, la température est restée sèche et chaude, les vents du nord et de nord-est ont prédominé, en alternant toutefois avec le vent du sud et de sud-ouest.

Vers la fin d'août, la saison pluvieuse qui, d'ordinaire, ne commence qu'au mois d'octobre ou de novembre, s'est manifestée; le vent du sud est devenu prédominant, et d'abondantes pluies sont tombées; la température est devenue plus froide, et l'hygromètre à cheveux, qui, pendant les mois précédens, variait entre 65 et 74°, marquait presque constamment de 74 à 93°.

Dans le cours du mois de décembre, des tempêtes violentes se sont manifestées, et le temps pluvieux s'est maintenu. Les rivières ont débordé et ont inondé les plaines de l'Alsace et les environs de Strasbourg. La dernière semaine de décembre a été remarquable par l'abondance des neiges et un vent du nord assez vif; la température est devenue plus froide, le thermomètre marquait plusieurs degrés au-dessous de zéro. Ce froid s'est maintenu jusqu'au 6 janvier; dès lors le dégel est arrivé, le temps est devenu très-irrégulier, et le vent du sud a prédominé de nouveau; l'hygromètre marquait presque constamment de 80 à 94°. Au commencement de février, la température est redevenue plus froide. Le thermomètre est descendu à plusieurs degrés au-dessous de zéro; jusqu'au 10 février

le temps est resté assez beau ; mais à dater de cette époque jusque vers la fin du mois, il a paru irrégulier et pluvieux.

Vers la fin du mois, un vent du nord très-vif a remplacé le vent du sud, qui avait régné avant; le froid a reparu, mais peu rigoureux, et ne s'est maintenu que jusqu'à la fin de la première huitaine de mars. Les mêmes vicissitudes atmosphériques ont été observées pendant toute la durée de l'épidémie.

En résumé, c'est après un automne pluvieux, et pendant un hiver peu rigoureux, humide et remarquable par les changemens atmosphériques, que la grippe s'est manifestée à Strasbourg.

La manière particulière dont la maladie s'est propagée au sein des familles, a fait penser, à plusieurs de nos confrères, que l'affection pourrait bien être contagieuse. Cette question mérite, sans doute, de fixer l'attention des observateurs; tout au moins ne devrait-elle pas être traitée avec le dédain des opinions préconçues. Ce qui nous paraît évident, c'est que la grippe a été chez nous, comme partout ailleurs, primitivement épidémique, qu'elle s'est développée sous l'influence de causes pathogéniques générales, s'étendant au loin sur des populations entières; car il est impossible de se rendre compte, autrement, de son apparition brusque dans des localités aussi éloignées que Londres et Paris, que Paris et Strasbourg. Mais ce qui n'est pas aussi bien démontré pour nous, c'est sa non-contagiosité, une fois qu'elle est développée dans une localité. L'analogie de la grippe avec les affections catarrhales (le coryza, par exemple, qui se transmet incontestablement, parfois, par le contact); la manière dont elle s'est propagée au milieu de notre population, affectant *successivement* la plupart des membres d'une famille, se

bornant exceptionnellement seulement à un seul individu, les exemples que des personnes vivant isolées ont été épargnées, doivent, au moins, remettre en doute l'opinion absolue de non-contagion.

Sans nous prononcer positivement pour ce mode de propagation, nous croyons cependant que la question n'est pas aussi décidée que beaucoup de personnes le pensent. De nouvelles observations nous paraissent nécessaires à une solution définitive.

Les phénomènes morbides de la maladie qui a régné épidémiquement à Strasbourg, sont loin de pouvoir être rapportés à l'affection d'un seul système organique ou d'un seul organe. La muqueuse des voies aériennes a été, à la vérité, atteinte d'irritation inflammatoire dans la grande majorité des cas; mais les symptômes propres à la phlegmasie de cette membrane n'ont pas constitué seuls tout l'appareil symptomatique de la grippe. Le système séroso-fibreux, le système circulatoire, le système nerveux lui-même ont présenté différens groupes de phénomènes morbides, qui ne peuvent point être regardés comme le reflet sympathique de l'irritation fixée sur les muqueuses. Ils représentent, si je puis dire, autant d'élémens morbides dont la combinaison a donné à l'ensemble de la maladie une physionomie particulière et spéciale, dont les formes ont varié suivant la prédominance de l'un ou de l'autre de de ces élémens.

La grande majorité des sujets atteints par l'influence épidémique, a présenté des signes non équivoques d'une irritation inflammatoire des voies aériennes. Cette irritation phlegmasique n'a présenté qu'exceptionnellement le degré de l'inflammation franche. La réaction locale est restée, en général, peu vive, affectant de préférence la forme

connue sous le nom de catarrhale. Toutes les parties de la muqueuse n'ont pas été atteintes avec une égale fréquence. La bronchite a été observée dans les quatre cinquièmes des cas à peu près, et ses symptômes n'ont rien présenté de spécial. Comme dans les cas ordinaires, elle était caractérisée par une dyspnée plus ou moins prononcée; de la toux sèche et irritative au début, avec expectoration pituiteuse ou muqueuse plus tard, de la douleur rétrosternale, du râle sibilant ou muqueux, suivant la période de la maladie. Rarement, l'irritation a paru bornée au larynx et à la trachée-artère; aussi, les râles pectoraux ont été constatés chez presque tous les individus qui ont présenté de la toux. L'angine a été souvent observée, surtout au début de l'épidémie, et dans la moitié des cas à peu près, la membrane de Schneider a participé à la phlegmasie catarrhale, qui paraissait s'étendre de là aux autres parties de la muqueuse. Chez quelques malades, le coryza était accompagné de larmoiement et d'injection de la conjonctive oculaire. Plusieurs sujets atteints d'angine ont éprouvé des bourdonnemens et des douleurs d'oreille, dus probablement à la propagation de la phlegmasie dans la trompe d'Eustache. Vers la fin de l'épidémie, les otites sont devenues plus fréquentes que dans les temps ordinaires.

La muqueuse gastro-intestinale a moins participé à l'irritation catarrhale; quelques malades ont présenté des signes d'embarras gastrique, et plusieurs ont été affectés de diarrhée non provoquée. L'inappétence était constante dans les premiers jours de la maladie, et chez la plupart des grippés la langue était blanche, humide, quelquefois chargée.

Le système séroso-fibreux a paru affecté presque aussi souvent que le système muqueux. Presque tous les ma-

lades, en effet, ont éprouvé des douleurs rhumatismales plus ou moins vives dans différentes régions du corps. Apparaissant le plus souvent aux lombes et aux parois de la poitrine, sous forme de lumbago et de pleurodynie, elles ont cependant été observées quelquefois à la continuité des membres et aux articulations. Les pleurésies mêmes n'ont pas été rares, mais elles étaient presque toujours compliquées de pneumonie.

Du côté du système circulatoire, nous avons à signaler la fièvre et des phénomènes non équivoques de congestions hémorrhagiques.

La fièvre n'a pas été constante. Elle a été observée chez les deux tiers des malades à peu près. Ne se manifestant, en général, qu'après le développement des phénomènes locaux, elle a cependant, dans quelques cas, marqué le début de la maladie dont l'invasion offrait alors quelque analogie avec celle des affections exanthématiques.

La fièvre a été, en général, légère; rarement un frisson vif en marquait le début: c'était plutôt un frissonnement ou une grande sensibilité au froid extérieur, phénomène qui, du reste, se prolongeait même dans la période de réaction. Le pouls était, en général, peu fréquent, quelquefois développé, le plus souvent facile à déprimer, rarement dur; la chaleur peu vive, jamais sèche; la tendance à la transpiration marquée dès le début, même chez les malades qui ne prenaient point de diaphorétiques; plusieurs fois des sueurs abondantes ont été observées au commencement de la maladie; chez beaucoup de sujets elles survenaient assez régulièrement vers le matin. La réaction générale s'exaspérait le soir, et ses rémissions matinales étaient assez marquées.

Des épistaxis non critiques ont été observées fréquem-

ment chez les sujets atteints par l'épidémie. M. le docteur Stœber a remarqué que chez les femmes bien réglées la grippe se manifestait vers l'approche de la période menstruelle ; le second ou le troisième jour de la maladie, les règles paraissaient ; chez les femmes irrégulièrement menstruées, les règles paraissaient également pendant le cours de la grippe. Le même médecin a observé un cas de métrorrhagie, et chez une nourrice le flux cataménial se montra avec assez d'abondance pour prendre le caractère d'une véritable ménorrhagie.

Le sang des grippés n'a rien présenté de spécial dans ses apparences physiques, la croûte phlogistique existait dans presque tous les cas de complications inflammatoires du poumon ou des plèvres.

Plusieurs des phénomènes morbides observés ne peuvent être rapportés qu'à la participation du système nerveux à l'état pathologique.

Une faiblesse extraordinaire des forces musculaires, allant parfois jusqu'à la prostration, a été notée comme symptôme constant ; elle survenait au début de la maladie et se prolongeait parfois jusque bien avant dans la convalescence. Le moral des malades était abattu, leur intelligence paresseuse, incapable d'aucun travail soutenu. Chez tous les malades, il existait une céphalalgie plus ou moins vive, qui quelquefois devenait presque insupportable. Elle était indépendante du coryza, car on l'a observée chez les sujets atteints de phlegmasie de la membrane de Schneider, comme chez ceux qui en étaient restés exempts. De même que la faiblesse musculaire, elle marquait le plus souvent l'invasion de la maladie.

Un certain nombre de malades, surtout les femmes et les personnes nerveuses et irritables ont eu des rêvasseries

et du délire; chez d'autres, l'abattement allait jusqu'à la stupeur; mais ces phénomènes morbides ont rarement été assez violens ou duré assez longtemps pour inspirer des craintes sérieuses. Plusieurs personnes ont été prises de lipothymie.

Nous venons d'indiquer d'une manière générale les différens groupes de symptômes observés dans la grippe, tels que l'analyse pathologique nous les a fournis. Nous allons essayer actuellement de les représenter dans leur combinaison et leur succession, et tâcher de nous élever, à l'aide de cette synthèse, à une idée générale de la maladie et des différentes formes qu'elle a présentées, suivant qu'elle a été modifiée dans sa marche par des complications ou par d'autres circonstances individuelles.

Suivant la prédominance de l'un ou de l'autre des élémens morbides que nous avons indiqués, la maladie a présenté des formes nombreuses et diverses. Il serait peu convenable, sans doute, de les faire entrer toutes dans une description générale.

Ce qu'il nous importe de retracer, c'est la physionomie générale que la maladie a présentée dans notre localité, et les modifications les plus importantes qu'elle a subies.

La succession des phénomènes morbides de la grippe n'a été ni assez constante ni assez régulière pour qu'il soit possible, sans faire violence à la nature, d'établir dans la marche de la maladie des périodes bien distinctes.

L'affection n'a point débuté de la même manière chez tous les sujets; les uns, et c'était le plus grand nombre, ont été pris sans cause connue, ou après des causes occasionnelles insignifiantes de lassitude, de faiblesse musculaire, d'abattement moral plus ou moins prononcé, de céphalalgie frontale quelquefois accompagnée de bourdon-

nement d'oreille, de douleurs vagues dans les lombes, à la poitrine ou dans les membres, d'inappétence, parfois de nausées et d'épistaxis, de frissonnemens ou d'une grande sensibilité au froid extérieur. La langue se présentait blanche et humide, plus rarement réellement chargée. En même temps que ces symptômes, ou peu de temps après, on voyait apparaître les signes d'irritation phlegmasique des voies aériennes, de bronchite, de coryza, d'angine. Puis survenait, chez un certain nombre, de la réaction fébrile avec moiteur de la peau et tendance à la transpiration. Chez d'autres malades, mais ils étaient en plus petit nombre, la réaction générale se manifesta dès le début, après quelques phénomènes prodromaux caractéristiques, tels que faiblesse, abattement, céphalalgie, courbature, inappétence; tandis que les symptômes de phlegmasie muqueuse, de coryza, de bronchite ou d'angine n'apparaissaient que secondairement. Chez d'autres, enfin, la fièvre ne fut observée à aucune époque de la maladie, et plusieurs fois on put observer la céphalalgie, la courbature, la faiblesse, l'abattement, sans affection catarrhale et sans réaction.

Pendant quelques jours, les phénomènes morbides indiqués se maintenaient ou allaient en augmentant; les symptômes catarrhaux surtout devenaient plus évidens, plus fatigans pour les malades; la phlegmasie muqueuse, d'abord bornée aux parties supérieures des voies aériennes, s'étendait du haut en bas, de la membrane de Schneider au larynx, à la trachée, aux bronches ou à leurs ramifications; c'est à cette époque que les rêvasseries, le délire, un certain état de stupeur ont été observés.

Dans les cas simples, la fièvre, la céphalalgie, les douleurs rhumatismales disparaissaient au bout de quatre à six jours, et l'affection se résumait en une simple phleg-

masie catarrhale qui parcourait ses périodes habituelles. Chez beaucoup de malades, des transpirations abondantes existaient dès le début, sans que l'augmentation de cette sécrétion parût influer d'une manière particulière sur la marche de la maladie; les urines ont, en général, pendant toute la maladie, présenté une apparence trouble, comme lactescente; leur quantité ne paraissait pas notablement diminuée. Lors du déclin de l'affection, elles devenaient plus bourbeuses encore, et déposaient un sédiment blanchâtre.

Chez les hommes forts et robustes, la convalescence a été, en général, rapide. Nous en avons observé plusieurs qui ont repris des travaux très-pénibles au bout de huit à dix jours de maladie. Chez d'autres, la faiblesse musculaire, la céphalalgie, la toux, etc., etc., se sont prolongées pendant un temps plus ou moins long. L'aphonie et l'enrouement, des douleurs vagues et des névralgies violentes ont été quelquefois observés pendant la convalescence.

La durée totale de la grippe simple a été, en général, de cinq à neuf jours; jamais, à moins de complication, elle ne s'est terminée par la mort.

La maladie, cependant, ne s'est pas toujours montrée aussi bénigne, et sa marche n'a pas toujours été aussi simple. Des complications graves, dépendantes soit d'une action plus énergique de l'influence épidémique, soit de circonstances individuelles des malades, ont souvent modifié sa forme primitive et produit une mortalité considérable dans la population de Strasbourg.

De toutes ces complications, la plus fréquente et la plus formidable était due à des inflammations profondes et parfois insidieuses de l'organe de la respiration et de la membrane séreuse qui l'enveloppe. Dans les premiers

temps de l'épidémie, ces phlegmasies ont été peu observées; la muqueuse des parties supérieures des voies aériennes était plus particulièrement affectée. Ce n'est que vers la fin de février, et après plusieurs jours d'un froid plus marqué, avec vent du nord très-vif, que les pleuropneumonies sont devenues plus nombreuses. Quelquefois les phénomènes morbides qui caractérisent ces affections, se sont manifestés au début même de la maladie; et dans ces cas, après quelques phénomènes prodromaux caractéristiques, tels que faiblesse musculaire considérable, céphalalgie, courbature, abattement, il survenait un frisson vif, plus ou moins prolongé, suivi de réaction fébrile, et des symptômes fonctionnels et locaux, propres aux inflammations du poumon ou des plèvres. Plus souvent, cependant, les inflammations pulmonaires ont paru se développer consécutivement à la phlegmasie des voies aériennes. Cette dernière paraissait suivre les divisions des bronches, et s'étendre ainsi de proche en proche jusqu'aux vésicules pulmonaires. Aussi les pneumonies du sommet ont-elles paru moins rares qu'ordinairement.

Les symptômes fonctionnels annonçant cette complication ou plutôt cette extension de la phlegmasie catarrhale, étaient souvent fort douteux. Les crachats rouillés ont manqué souvent, et la fièvre a rarement présenté un caractère assez franchement inflammatoire pour faire supposer un foyer phlegmasique, profond et étendu. Aussi l'importance des signes fournis par les moyens d'investigation physique, a été des plus évidente; et, si dans les cas de grippe simple, l'auscultation et la percussion n'ont rien appris d'important, elles ont été d'un secours immense dans la plupart des cas graves.

Dans notre épidémie les phénomènes généraux qui ont

accompagné les complications thoraciques, ont, comme nous l'avons dit, rarement présenté le caractère inflammatoire franc; mais, d'un autre côté, la tendance à l'adynamie, la prostration extrême des forces n'ont été réellement qu'exceptionnelles. Elles ont été surtout observées dans les grippes pneumoniques des vieillards; chez les adultes, les sujets robustes et bien constitués, ces affections n'ont, en général, présenté ni une gravité, ni une forme particulière bien tranchée. Seulement leur mode d'invasion, la réaction générale moins vive qui les accompagnait, doit les faire rapprocher des pneumonies dites catarrhales.

Le délire, les rêvasseries, un certain degré de stupeur, ont été, à la vérité, observés dans quelques cas; et nous avons vu nous-même, à la clinique médicale de la Faculté, une jeune fille atteinte de grippe compliquée de pneumonie du sommet, de délire, de soubresauts des tendons, et d'une sensibilité extraordinaire de toute la surface tégumentaire. Mais, je le répète, les cas de cette espèce n'ont été observés qu'exceptionnellement.

Les différens degrés d'inflammation pulmonaire ont été observés, et ont pu être constatés par les signes physiques ordinaires. La pneumonie œdémateuse, l'engouement œdémateux du poumon s'est présenté assez souvent à l'observation. De la dyspnée, une diminution de la sonoréité dans la partie thoracique affectée, du râle sous-crépitant, perçu dans une certaine étendue, peu ou point de fièvre, tels ont été les signes pathognomoniques de cette complication.

Les pleurésies se sont rarement montrées isolées, le plus souvent elles étaient compliquées de pneumonie. Fréquemment les épanchemens pleurétiques ne se sont

manifestés que dans la période de résolution de la phlegmasie pulmonaire.

C'est chez les vieillards surtout que la grippe se compliquait facilement de pneumonie avec grande prostration des forces, stupeur, sécheresse de la langue et tendance évidente à l'adynamie. La marche de la maladie était, en général, plus rapide que chez les adultes; en peu de temps la phlegmasie pulmonaire passait de l'engouement à l'hépatisation; les symptômes fonctionnels étaient souvent obscurs, fallacieux; dans ces cas, les malades, plongés dans une sorte de stupeur, n'accusaient point de dyspnée, qui, cependant, était évidente pour l'observateur par l'accélération de la respiration; la toux était souvent peu vive, l'expectoration insignifiante; l'investigation physique seule faisait reconnaître un foyer phlegmasique profond.

L'inflammation du parenchyme pulmonaire n'a cependant pas été l'unique cause de la mortalité observée dans le dernier âge de la vie. Plusieurs vieillards, et surtout ceux affectés de catarrhes chroniques, ont succombé à des paralysies du poumon, à des catarrhes suffocans, ou, si l'on aime mieux, à l'anhématosie par l'écume bronchique. Épuisés par l'âge, affaiblis par l'influence épidémique, ils manquaient des forces nécessaires à l'expulsion des liquides bronchiques, qui, sécrétés en plus grande quantité, s'accumulaient dans les voies aériennes, et produisaient l'asphyxie.

Chez les enfans, l'inflammation de la muqueuse aérienne a fréquemment revêtu la forme croupale; la toux, du moins, a très-souvent présenté le caractère particulier qu'on observe dans l'angine pseudo-membraneuse. Mais la formation de véritables fausses membranes n'a pas été

constatée aussi souvent, de telle sorte que beaucoup des cas observés doivent, sans doute, être rapportés à la variété de croup désignée par les pathologistes sous le nom de pseudo-croup catarrhal.

Parmi d'autres circonstances qui ont puissamment influé sur la marche et la gravité de la grippe, nous devons compter les états morbides antérieurs à l'invasion de la maladie. Beaucoup de maladies latentes ou peu développées encore ont été mises en évidence par la grippe, ou, du moins, ont plus rapidement parcouru leurs périodes. Les affections chroniques des organes de la respiration ont incliné brusquement vers une terminaison fatale, dès que la grippe venait les compliquer; les tubercules, en passant vite par les différens degrés, de la crudité au ramollissement, du ramollissement à la caverne; les catarrhes chroniques, en se transformant en œdème du poumon, en pneumonie, en catarrhe suffocant.

La même influence pernicieuse a été observée chez les sujets affectés de maladies du cœur, et plusieurs ont succombé aux atteintes réunies de ces deux élémens morbides.

Chez les enfans prédisposés à l'hydrencéphale aiguë, plusieurs praticiens, et notamment M. le docteur Bœckel, ont vu cette affection éclater sous l'influence de la grippe qui, dans ces cas, a paru agir comme cause occasionnelle.

La grippe simple est une maladie trop peu grave pour entraîner la mort. Aussi n'avons-nous point de donnée pour indiquer les altérations organiques qu'elle produit Il n'est pas douteux, cependant, que sur les muqueuses ces altérations ne soient analogues à celles que l'on observe dans les phlegmasies catarrhales ordinaires.

Chez les sujets qui ont succombé à des complications,

les résultats nécroscopiques ont nécessairement varié en raison même de ces complications. Chez les pneumoniques, le poumon a présenté les différens degrés de l'altération inflammatoire depuis l'engouement jusqu'à l'hépatisation grise. Mais un fait qui n'a pas été constaté, c'est la production des fausses membranes dont M. Nonat a signalé la présence dans les petites ramifications bronchiques. Feu M. le professeur Lobstein a déjà indiqué, dans un mémoire inséré dans le premier volume des *Archives*, ces concrétions membraneuses comme un phénomène nécroscopique ordinaire de la pneumonie. Mais leur inconstance ne saurait être douteuse; elles n'ont été rencontrées dans aucun des cas observés à la clinique, et M. le docteur Stœber ne les a pu découvrir davantage dans un cas d'autopsie faite en ville.

Les autres lésions organiques, telles que l'œdème, l'emphysème du poumon, les épanchemens et les exsudations pleurétiques n'ont également présenté aucun caractère spécial.

Quelle est la nature de la maladie dont nous venons de retracer l'expression phénoménale? Qu'est-ce que la grippe? Comment faut-il la considérer? Voilà une question que l'on s'adresse si souvent, et dans le monde médical, et dans le public, qu'il est bien difficile de s'y soustraire. Nous l'avouons franchement, il est plus facile de dire ce que la grippe n'est pas, et de battre en brèche certaines opinions émises, que de dire positivement ce qu'elle est.

Ce qu'il y a de plus saillant, ce qui frappe d'abord et le plus vivement dans l'ensemble phénoménal de la maladie qui nous occupe, ce sont les symptômes d'irritation phlegmasique de la muqueuse aérienne: aussi rien de plus

naturel que de subordonner tous les phénomènes morbides à cette inflammation, de la considérer comme le fait pathologique, capital et primitif qui domine et produit tous les autres symptômes.

Dans cette opinion, la maladie n'est ni plus ni moins qu'une phlegmasie muqueuse ordinaire, plus généralement répandue, et régnant épidémiquement, en raison de l'impression générale que les vicissitudes atmosphériques et le froid humide produisent sur toutes les muqueuses.

Séduisante par sa simplicité, cette manière de voir nous paraît cependant en opposition avec les faits d'observation constatés dans notre épidémie.

Nous n'en voulons donner pour preuve que l'examen impartial des symptômes mêmes de la maladie et de leur succession.

Logiquement il est évident que la cause productrice doit exister avant l'effet qu'elle est sensée produire; si l'irritation phlegmasique de la muqueuse est l'élément morbide primordial dont les autres ne sont que la conséquence, que le reflet sympathique, elle doit nécessairement être le premier phénomène observable; elle doit, de plus, être constante, et son intensité doit être en rapport avec celle des troubles fonctionnels secondaires. Or, c'est là précisément ce que l'observation n'a pas confirmé.

Et d'abord, si les symptômes de phlegmasie catarrhale se sont manifestés très-souvent au début de l'affection, en même temps, ou même avant les autres phénomènes, il est incontestable qu'il a été observé des cas où le contraire a eu lieu, et où, pendant plusieurs jours, les malades ont présenté les signes généraux de la maladie, la faiblesse, l'abattement, la céphalalgie, la courbature et même la fièvre sans aucun phénomène local, ni de coryza, ni d'an-

gine, ni de bronchite. D'un autre côté, il est également constant que plusieurs malades n'ont jamais, en aucune époque de leur maladie, présenté les signes évidens de ces phlegmasies, quoique les autres signes généraux indiquassent l'action de la cause épidémique sur l'organisme.

Dire que dans ces cas exceptionnels, nous l'accordons, les muqueuses n'étaient pas moins atteintes d'irritation, ou que cette dernière était plus particulièrement fixée sur le tube digestif, c'est évidemment aller au delà des faits, c'est descendre sur un terrain trop mouvant pour qu'il soit possible d'y combattre.

L'inflammation catarrhale manque donc de deux caractères essentiels et indispensables pour pouvoir être considérée comme le fait primitif de la grippe; le troisième ne lui est pas acquis davantage. Il suffit d'avoir observé un certain nombre de malades pour être convaincu qu'il n'existe point de rapport constant et invariable entre les phénomènes généraux et l'intensité ou l'extension de la phlegmasie locale. Sans doute, les phénomènes sympathiques ne se manifestent pas avec une égale intensité chez tous les sujets; mais, en faisant même une large part à l'individualité, il n'en a pas moins été impossible pour nous de saisir les rapports indiqués.

S'il fallait d'autres preuves encore, nous demanderions pourquoi les mêmes phénomènes généraux ne s'observent pas dans les cas de bronchite, de coryza ou d'angine sporadiques; pourquoi ils n'ont pas été observés avant le milieu de janvier; pourquoi ils n'ont plus été observés depuis. Les bronchites cependant ont existé avant; on en observe encore tous les jours; la température est froide, elle est humide; les vicissitudes atmosphériques sont nombreuses, et cependant la *grippe* a complétement disparu.

Si la phlegmasie muqueuse, qui de tous les phénomènes morbides a, sans contredit, été le plus saillant et le plus constant, ne peut être considérée comme la cause génératrice des autres phénomènes morbides, à plus forte raison aucun de ces derniers ne pourra être présenté comme telle.

La rougeole ne consiste uniquement ni dans une éruption de taches rouges sur la peau, ni dans une phlegmasie catarrhale, ni dans une fièvre: aucun de ces phénomènes n'est générateur l'un de l'autre. De même aussi la grippe n'est ni simplement une affection catarrhale, ni une affection rhumatismale ou nerveuse. Symptomatiquement considérée, elle est tout cela en même temps: car ces élémens morbides ne dépendent pas les uns des autres; ils ne s'engendrent pas, mais ils sont le résultat d'une même cause; ils sont l'expression phénoménale d'une modification primordiale que l'*organisme* a subie sous l'influence épidémique. C'est à cela, mais à cela seulement, qu'un examen impartial des faits nous conduit irrésistiblement. Mais en quoi consiste cette modification primitive? comment est-elle produite? est-ce une altération du sang, est-ce un changement dans le système de l'innervation, etc., etc.? Libre à chacun d'admettre l'opinion qui lui paraîtra la plus rationnelle, mais en n'oubliant pas toutefois que celle qu'il préfère, ne sera qu'une hypothèse plus ou moins probable.

Si nos connaissances positives sur la nature de la grippe s'arrêtent réellement au point que nous venons d'indiquer, il nous paraît évident qu'elles sont insuffisantes pour fonder une thérapeutique vraiment rationnelle de cette maladie. Car, pour traiter *rationnellement* une maladie, il faudrait, d'un côté, connaître les modifications intimes que l'organisme a subies sous l'influence d'une cause pathogénique,

et de l'autre côté, avoir en sa puissance des agens thérapeutiques, dont l'influence connue et appréciée fût susceptible de modifier d'une manière favorable, ou de neutraliser les effets que cette cause a produits dans l'organisme.

Heureusement, l'art, pour guérir, n'a pas toujours besoin de données aussi précises. Deux voies souvent fécondes en résultats avantageux restent ouvertes. L'une, qui nous conduit à opposer empiriquement à la maladie inconnue dans son essence, des agens thérapeutiques reconnus spécifiques; l'autre, dans laquelle on se sert de l'induction, pour combattre les manifestations phénoménales, par des moyens dont l'expérience a sanctionné l'efficacité dans les cas analogues.

Ces deux méthodes de traitement ont été tentées dans la grippe.

Les phénomènes morbides que l'on observe dans cette maladie, ne sont que le résultat d'une modification primordiale de l'organisme, survenue sous l'influence d'une cause épidémique; donc, tous ces phénomènes doivent céder à une seule et même médication. Voilà comment ont raisonné les partisans des spécifiques. Dans l'impossibilité de découvrir cette médication en suivant la voie rationnelle, on s'est mis à expérimenter différens moyens thérapeutiques, et l'on a fait grand bruit des résultats heureux qui ont couronné ces sortes de recherches.

Si nous ne pouvons nier le principe théorique sur lequel s'appuient les partisans des médications spécifiques, nous n'admettons cependant pas la conséquence pratique qu'ils ont voulu en déduire; car cette conséquence n'est logique qu'en apparence. Sans doute, l'influence épidémique produit, dans les différens organismes sur lesquels

elle agit, une modification primitive spéciale, dont les phénomènes variés de la maladie ne sont que la conséquence. Mais en admettant même que cette modification primitive soit identique dans tous les cas, il ne s'ensuit pas que les manifestations morbides secondaires doivent céder à un agent thérapeutique unique. Il faudrait, pour admettre une conclusion pareille, faire abstraction complète de l'individualité, et considérer les différentes organisations comme sorties d'un même moule; il faudrait admettre que la constitution, le tempérament et toutes les circonstances dans lesquelles se trouvent les malades, restent sans influence sur la réaction secondaire de l'organisme, déterminée par la modification première qu'il a subie. Or, est-ce ainsi que les choses se passent dans la nature vivante, même dans les cas les plus simples? Ne voyons nous pas tous les jours, dans la pratique chirurgicale, par exemple, deux causes pathogéniques identiques, et produisant des lésions primitives identiques, être suivies de phénomènes secondaires différens et variables, exigeant des médications différentes et variées comme elles. D'un autre côté, ces phénomènes secondaires ne viennent-ils pas, dans un très-grand nombre de cas, se poser comme de nouvelles individualités morbides? Une fois produits, ne deviennent-ils pas très-souvent indépendans de la modification primitive qui les a provoqués, et, dans ces cas, les moyens thérapeutiques efficaces contre cette dernière, ne deviennent-ils pas insuffisans pour les combattre ou les arrêter dans leur marche?

Ces considérations ne paraîtront, sans doute, pas déplacées à une époque où l'on s'efforce à l'envi d'appliquer des médications uniformes et soi-disant spécifiques à des maladies qui peuvent bien dépendre d'une cause première

identique, mais qui sont infiniment variables, non-seulement dans leur forme, mais encore aux différentes périodes de leur durée.

On l'a fait pour le choléra, on le fait encore pour la fièvre typhoïde, on l'a tenté pour la grippe, on l'essaiera peut-être pour d'autres états morbides analogues, avec le même enthousiasme, avec la même légèreté, mais aussi, nous ne craignons pas de le dire, avec le même insuccès. Cependant, tout en rejetant les médications uniformes de la thérapeutique de ces affections, nous ne voulons pas dire pour cela que dans le traitement de leurs différentes formes il ne faille avoir aucun égard au génie particulier qui les domine, à la modification organique primitive qui les produit. La bronchite et la pneumonie qui surviennent sous l'influence de l'état typhoïde, par exemple, ne sont pas la bronchite ni la pneumonie ordinaire, et on ne les traitera pas avec le même succès par les moyens qui conviennent à cette dernière.

Les médications uniformes, appliquées à toutes les formes de la grippe, nous paraissent donc devoir être reléguées parmi les utopies thérapeutiques. Aussi ne nous arrêterons-nous pas longuement à discuter l'action si vantée des *purgatifs*. Nous accordons très-volontiers que cet agent thérapeutique a triomphé, et peut-être abrégé la maladie dans beaucoup de cas de grippe simple. Mais ce que nous ne pouvons admettre, c'est qu'il ait eu une vertu spécifique, qu'il soit le *remède souverain*, et qu'aucune autre médication ne puisse lui être comparée. De l'aveu même de ceux qui les ont le plus vantés, les purgatifs ont été insuffisans dans tous les cas graves et chaque fois que les phénomènes de réaction secondaire ont acquis une certaine intensité ou une extension anormale. D'un autre

côté, l'expérience a démontré, d'une manière incontestable, que beaucoup d'autres agens thérapeutiques jouissent d'une efficacité égale, et pourraient au même titre être considérés comme des spécifiques. Pas plus que les purgatifs, les émissions sanguines pratiquées, même coup sur coup ou de toute autre manière, ne peuvent être considérées comme remède souverain de la grippe. L'utilité de la saignée a été grande, sans doute; dans beaucoup de cas, plus grande que celle des purgatifs; mais souvent elle a été inutile, et dans quelques circonstances elle a paru même dangereuse.

Reste donc la seconde méthode thérapeutique que nous avons indiquée; c'est elle qui nous paraît, à tous égards, mériter la préférence.

Dans la grippe simple, les médications différentes, les purgatifs, les émolliens, les diaphorétiques peuvent, sans doute, être employés avec un succès à peu près égal. Mais il nous paraît plus en harmonie avec les principes de la thérapeutique de n'accorder de préférence exclusive à aucune d'elles, et nous ne sommes ici que l'interprète de la plupart de nos confrères. Prendre pour guide l'analogie des différens élémens morbides de la grippe avec d'autres états morbides, et se déterminer à l'emploi de tel ou tel agent thérapeutique, suivant les indications particulières que l'induction peut en déduire: voilà le principe qui, selon nous, doit présider au traitement de la grippe.

Les symptômes de début, tels que l'abattement, le frisson, la grande sensibilité au froid extérieur, les douleurs rhumatismales, ont été combattus, avec avantage, par des boissons légèrement excitantes et diaphorétiques; on leur a souvent associé le tartre stibié en petite dose, l'esprit de Minderer, l'esprit de sel ammoniaque anisé.

L'irritation des muqueuses a milité en faveur des adoucissans, des loochs, des potions gommeuses. Dans la bronchite vive, des émissions sanguines locales au début; dans une période plus avancée, le soufre doré d'antimoine, ou le kermès associés aux adoucissans, ont paru souvent utiles comme dans les cas ordinaires. Les quintes de toux fatigantes, irritatives comme nerveuses, ont souvent exigé l'emploi des narcotiques, tels que l'extrait du jusquiame, la belladone, l'opium, l'eau de laurier-cerise, l'extrait de laitue vireuse, etc., etc. Rarement la réaction générale était assez intense pour exiger des émissions sanguines générales; mais les saignées locales ont été utilement employées; les sangsues, dans les cas d'angine plus franchement inflammatoire; les ventouses, dans la pleurodynie et les points pleurétiques. De légers dérivatifs, des bains de pieds, le soir, ou des sinapismes ont été employés avec avantage, quand des rêvasseries ou du délire nocturne se manifestaient.

Du troisième au sixième jour, la fièvre et la plupart des symptômes généraux disparaissaient dans presque tous les cas simples; mais chez un certain nombre de malades, la langue restait chargée. La céphalalgie, l'inappétence, le dégoût, se maintenant dans ces cas, les purgatifs ont été incontestablement efficaces.

Réduite dès lors à une simple phlegmasie catarrhale, la maladie ne présentait plus d'indication spéciale.

Dans la grippe pneumonique des adultes, les moyens thérapeutiques, reconnus efficaces dans le traitement de la pneumonie, ont, à Strasbourg, du moins, conservé leur efficacité habituelle.

On a fait grand bruit de l'inefficacité des émissions sanguines et des dangers de leur emploi, de la faiblesse, de la

prostration qu'elles produisent infailliblement dans la grande majorité des cas.

Il est vrai de dire que la saignée, appliquée à tous les cas ou avec une égale profusion chez tous les malades, aurait peut-être été aussi souvent nuisible qu'utile. Dans la pneumonie ordinaire, l'abondance du sang à tirer est subordonnée à l'intensité des signes de réaction ou à l'état général des malades qui en constituent l'indication ou la contre-indication. Il en a été absolument de même dans la pneumonie, observée pendant l'épidémie. Les mêmes principes thérapeutiques sur lesquels doit s'appuyer le traitement de la pneumonie, en général, ont été suffisans pour guider dans le traitement de la grippe pneumonique. Sans doute, les médecins qui ne tiennent pas compte de ces principes, qui, dans les inflammations, ne voient qu'une lésion locale plus ou moins étendue, cédant toujours et nécessairement aux émissions sanguines, et vont jusqu'à *formuler* le nombre des palettes de sang nécessaires pour la guérison, doivent éprouver d'étranges mécomptes, quand ces affections, au-lieu de se manifester avec l'ensemble des phénomènes généraux, franchement inflammatoires qui les caractérisent ordinairement, apparaissent tout à coup, d'une manière générale, sous des formes qu'elles ne revêtent qu'exceptionnellement dans les temps ordinaires. Cette tendance est malheureusement trop répandue, pour que l'on puisse blâmer l'espèce d'exagération avec laquelle certains journaux ont déprécié les émissions sanguines, sans songer qu'en voulant empêcher un excès, on invitait à tomber dans un autre non moins funeste. Les pneumonies, pendant l'épidémie, ont, en général, été moins franches, plutôt catarrhales; et la réaction générale qui les accompagnait, se présentait moins intense

qu'à l'ordinaire. On a donc pu et dû pratiquer moins de saignées, comme on en pratique moins dans toutes les pneumonies qui se présentent sporadiquement sous cette forme. Mais, dans tous les cas, et ils ont été assez nombreux, où les signes d'une réaction plus prononcée ont existé, les émissions sanguines plus larges étaient utiles; les saignées alors étaient nécessaires et indispensables. Là, où elles n'ont pas été faites, les malades sont *morts*, et nous pourrions malheureusement en citer de tristes exemples.

Le tartre stibié, à hautes doses, a été fréquemment employé, et avec le même succès que dans les cas ordinaires. Il en est de même de l'oxyde blanc d'antimoine, des révulsifs et des autres moyens thérapeutiques reconnus utiles.

Une étrange préoccupation a trop fait oublier qu'une affection locale ne cède pas nécessairement au même moyen thérapeutique, parce que ses caractères anatomiques sont identiques dans les différens cas. La pneumonie présente les mêmes lésions locales, l'engouement et l'hépatisation, chez le vieillard comme chez l'adulte, chez le sujet faible et cachectique comme chez l'homme fort et robuste, chez le malade qui paraît plongé dans l'adynamie comme chez celui dont l'organisme réagit avec vigueur. Dans tous ces cas, l'inflammation pulmonaire dépend d'un acte morbide identique. N'est-il donc pas logique d'opposer à toutes ces pneumonies une médication toujours identique? Cette manière de raisonner conduit aux erreurs thérapeutiques les plus déplorables: la grippe est encore là pour en donner une éclatante démonstration.

Beaucoup de vieillards ont été atteints par l'épidémie, et, chez beaucoup d'entre eux, la maladie est devenue grave par l'extension de la phlegmasie au tissu pulmo-

naire. Épuisés par les années, affaiblis encore par l'influence épidémique, leurs forces étaient promptement consumées, dès qu'un foyer phlegmasique de quelque étendue venait à s'allumer chez eux. Ainsi que chez d'autres sujets placés dans des circonstances défavorables, la pneumonie se présentait sous une forme particulière; elle était accompagnée de signes de prostration et d'adynamie. L'acte morbide local était resté le même, sans doute: c'était toujours une *inflammation* du poumon; mais les circonstances concomitantes avaient changé, la thérapeutique devait en tenir compte, sous peine d'oublier les principes les plus essentiels de l'art. Aussi ces pneumonies adynamiques exigeaient-elles d'autres moyens curatifs; les émissions sanguines ont dû être très parcimonieusement employées, et dans le but seulement d'enrayer la réaction morbide locale; souvent même elles ont dû céder le pas à d'autres moyens moins débilitans. Le travail morbide local dissipé, l'organisme, abandonné à ses propres ressources, manquait des forces nécessaires pour opérer la résolution, pour faire disparaître le produit matériel de l'acte inflammatoire. Qu'auraient pu faire alors les saignées, les évacuans, etc., etc.? débiliter encore davantage et précipiter la ruine des malades. Qu'on ne s'étonne donc pas trop d'entendre dire que des stimulans et des toniques, les vins généreux, la polygala et le quinquina, peuvent devenir utiles et nécessaires dans le traitement de la pneumonie; ces moyens ont réussi dans ces cas, tandis que la saignée, le tartre stibié et les révulsifs ont été inefficaces ou pernicieux.

Le traitement de la grippe compliquée de pleurésie, repose sur des principes thérapeutiques analogues; les indications des différens moyens à employer doivent être

posées de la même manière. L'œdème, l'emphysème du poumon, le catarrhe suffocant, etc., etc., venant compliquer la grippe ou d'autres affections existant antérieurement à son développement, entraînent nécessairement des modifications dans le traitement, appropriées à leur nature et à l'état général des malades. Il serait fastidieux de vouloir insister sur des préceptes que la thérapeutique générale et spéciale a depuis longtemps sanctionnés.

CH. SCHUTZENBERGER.

Grossesse tubo-ovarique gauche; rupture du kyste; épanchement de sang dans l'abdomen; mort subite. — Observation recueillie à la clinique médicale de la Faculté (professeur M. FORGET); par M. N. OULMONT, aide de clinique.

La nommée Suzanne Simmer, trente ans, servante, bonne constitution, fut admise à la clinique interne (salle des femmes, lit n° 21), le 15 janvier 1837. Cette femme, qui est aussi blanchisseuse au 16e régiment de ligne, raconte qu'il y a trois mois, elle suivit le régiment de Saint-Omer à Strasbourg, où il venait prendre garnison. Pendant la route, qu'elle fit, partie à pied, partie dans une mauvaise voiture, elle fut exposée à des refroidissemens, de la fatigue, et des privations de toute espèce. A son arrivée à Strasbourg, elle alla habiter la citadelle. C'est depuis cette époque qu'elle éprouve à l'hypogastre des douleurs ordinairement peu vives mais qui persistent tous les cinq jours, vers le soir, et s'exaspèrent au point de devenir intolérables. Pendant une de ces exaspérations, elle

vomit du sang. On en retrouva le même jour dans les selles qui, du reste, n'ont jamais été diarrhoïques. Il est survenu de la soif, de l'inappétence, de la céphalalgie, et surtout de la faiblesse et de l'abattement dans les membres. Les règles n'ont jamais cessé d'être régulières; au dire de la malade à la dernière époque menstruelle, leur quantité était notablement diminuée.

A la visite du 16, on trouve le ventre peu élevé, assez mou, non météorisé, légèrement douloureux à la pression en différens endroits, surtout vers les régions hypogastriques; point de diarrhée; les selles sont assez régulières, la langue est large, belle, un peu rougeâtre à la pointe; bouche mauvaise, point d'appétit, soif assez vive; elle accuse elle-même quelques coliques, mais très-légères. L'expression de la face est naturelle; intelligence nette, normale; la peau, le pouls assez élevé, subfréquent. Comme elle ne se plaint ni de dyspnée, ni de toux, on n'examine pas les organes thoraciques. Nulle indication pressante ne s'offrant à remplir, on se borne à prescrire: *Tis. de Chiendent. Cataplasme émollient sur le ventre. Lavement émollient.* Dans la journée, calme, bien-être, elle se loue de son état; sommeil pendant quelques heures, tout en manifestant de l'inquiétude pour le soir sur l'issue de ses coliques, qui, depuis cinq jours, n'ont pas offert d'exacerbation. Vers neuf à dix heures du soir, elle accuse d'atroces douleurs dans l'abdomen, elle jette des cris aigus, elle se roule, se tord sur son lit. On lui fait avaler quelques gouttes d'éther dans de l'eau sucrée.... Elle est plus calme, on abandonne son lit; en y revenant au bout d'un moment, elle était morte.

Autopsie, trente-six heures après la mort (temps froid).

— Embonpoint considérable du sujet; le ventre est assez élevé; on ne perçoit pas de fluctuation manifeste.

Les poumons et le cœur n'offrent aucune altération à noter.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de sang brunâtre, liquide et en caillots, qui remplit toute la cavité abdominale, et surtout le petit bassin; les viscères, le diaphragme lui-même sont refoulés par l'abondance de l'épanchement. Les intestins sont petits, contractés, rougis par l'imbibition sanguine. Après avoir enlevé les caillots qui remplissent le petit bassin, on aperçoit directement derrière les pubis un corps pyriforme, volumineux: c'est la matrice qui paraît aussi volumineuse que dans les premières semaines de la gestation. Le péritoine qui tapisse le fond de cet organe, offre quelques débris pseudo-membraneux. Au côté gauche de la matrice, vers la fosse iliaque de ce côté, on découvre une autre tumeur qui paraît arrondie, bosselée; en la palpant, on arrive à un point où elle cède sous le doigt, ce qui fait croire un instant que l'on est arrivé dans la poche d'un anévrisme de l'artère iliaque externe; mais bientôt, en soulevant cette tumeur, et la plaçant à la lumière, on remarque, à l'endroit où elle cédait sous le doigt, une membrane tenue, transparente, qui renferme une certaine quantité de liquide limpide. Une pression un peu forte fait écouler ce liquide après avoir rompu les membranes, et fait apparaître dans l'intérieur de la tumeur un corps cylindrique que l'on reconnaît être le dos d'un embryon, ce que viennent confirmer MM. les professeurs Stoltz et Ehrmann, que l'on avait fait appeler, et l'on reconnaît une grossesse extra-utérine développée dans la trompe gauche.

On fit extraire la matrice et ses annexes, afin de les exa-

miner plus en détail : voici ce que ces organes nous ont offert de remarquable.

La matrice est beaucoup plus volumineuse qu'à l'état normal, sa longueur est de 3 pouces, son diamètre antéro-postérieur de 1 pouce 3 lignes. Le diamètre transversal, depuis la naissance d'une trompe à l'autre, est de 3 pouces. Sa substance est dure, ferme, rougeâtre à l'incision, et crie sous le scalpel. Sa cavité est tapissée, dans toute son étendue, par une exsudation pseudo-membraneuse blanchâtre, assez adhérente aux parties qu'elle revêt, se laissant facilement déchirer en lambeaux à la moindre traction; elle s'étend aussi dans toute la cavité du col; on remarque, dans celle-ci, une petite masse informe, gélatino-albumineuse, transparente, rougeâtre, analogue à de la gelée de groseilles, formant une espèce de bouchon, de la longueur de 9 lignes, oblitérant entièrement le col de la matrice. Extérieurement celui-ci est volumineux, cylindrique, l'orifice est rond, non échancré, d'une couleur brun-rougeâtre, et laisse comme exsuder au dehors le bouchon gélatineux dont nous avons parlé. L'épaisseur de la paroi utérine, à son fond, est de 9 lignes, au col elle n'a que 6 lignes.

A partir du côté gauche de la matrice, la trompe se continue dans l'étendue de 1 pouce et quelques lignes, sans offrir de variation dans ses dimensions; puis, s'évasant brusquement, elle va avec les ligamens et les parties supérieures de l'ovaire, former une tumeur assez volumineuse qui offre 1 pouce 9 lignes à son diamètre transversal, et 2 pouces 9 lignes au diamètre longitudinal. Cette tumeur est formée extérieurement par des plaques superposées, plaques analogues, pour l'aspect, aux cotylédons du placenta, composées de filamens celluleux et vasculaires, de l'épaisseur

de plusieurs lignes, intriqués, formant un tissu rougeâtre, comme érectile, très-friable. Ces plaques existent sur les parties latérales et postérieures. A la partie supérieure de la tumeur, l'enveloppe externe est dense, fibreuse, comme celle de la trompe. Là, et un peu vers la partie postérieure, existe un *trou* du diamètre d'une pièce de 5 francs, à bords irréguliers, comme déchirés, donnant entrée dans une cavité assez régulière, pouvant contenir à peu près un œuf de poule. Nous retrouvons là cette membrane transparente dont l'érosion a donné issue au liquide limpide dont nous avons parlé. Elle est maintenant appliquée sur le corps du petit embryon; elle tapisse toute la cavité du kyste. Un examen attentif, une macération un peu prolongée, nous ont fait voir qu'elle était formée de deux feuillets qui se séparaient assez facilement, dont l'un était appliqué sur l'embryon et l'autre adhérait aux plaques vasculaires extérieures par de nombreux filamens. La cavité du kyste renferme: 1° le liquide transparent dont il reste une petite quantité, 2° un petit embryon. Ce dernier, de la longueur de 2 pouces 9 lignes à 3 pouces, est couché le dos en avant et la tête vers l'orifice de la trompe, les jambes et les cuisses fléchies sur le ventre. Celui-ci est complétement formé; à sa partie toute inférieure naît le cordon ombilical, qui, assez long, après avoir fait une circulaire autour du col, vient s'attacher à la partie postérieure et externe du gâteau vasculaire dont nous avons parlé. La tête de cet embryon est très-volumineuse, on y distingue les vestiges de tous les organes; le nez, les oreilles, les paupières sont très apparens. Les membres grêles offrent, à leur extrémité, la division des appendices digitaux des mains et des pieds; entre les deux cuisses, on remarque un petit tubercule, dont nous ne pouvons dé-

terminer le sexe; toutefois, autour de ce tubercule existe une petite rainure, puis une légère saillie et une petite fente se continuant vers la partie postérieure, ce qui ferait pencher pour le sexe féminin.

A la partie postérieure et interne du kyste, on remarque les restes de l'ovaire, dont la partie supérieure lui est intimement unie.

La trompe et l'ovaire du côté droit n'offrent rien d'anormal; ils paraissent cependant plus volumineux qu'à l'état naturel.

Les intestins sont remarquables par leur pâleur, les valvules conniventes sont très-saillantes dans toute leur étendue.

La cavité crânienne n'a pas été ouverte.

Il était bien difficile de conjecturer la lésion que l'autopsie est venue révéler, et qui rend cette observation si intéressante. Quel rapport, en effet, existe-t-il entre cette grossesse tubaire et les symptômes observés du vivant de la malade? Cette femme accuse, à son entrée, une fatigue antérieure, des privations, elle se plaint de coliques, qui offrent une remarquable intermittence, elle a vomi du sang une fois; avec cela, l'expression de la face est naturelle; point de réaction. Il n'y avait, dans tous ces symptômes, rien qui ne pût s'expliquer, jusqu'à un certain point, par les privations, la fatigue, auxquelles cette femme est exposée: elle est servante et blanchisseuse dans un régiment; et, à Strasbourg, elle est allée habiter les endroits les plus malsains, où les maladies sont en quelque sorte endémiques. Aussi espérait-on que le change-

ment d'air, le repos et une bonne alimentation feraient justice de ces symptômes légers en apparence; et attendait-on des indications plus positives que celles qui s'offrirent à la première visite; mais le même soir, coliques atroces, mort subite.... Quelle peut avoir été la cause de cette terminaison funeste et si imprévue? Il y avait lieu à deux hypothèses: c'est une péritonite suraiguë par perforation intestinale, ou une hémorrhagie interne. Mais la péritonite, quelque aiguë qu'elle soit, ne tue pas d'une manière si foudroyante, ou bien, si elle durait déjà depuis quelque temps, son habitude n'est pas de marcher d'une manière si latente et si insidieuse, pour arriver brusquement à une issue funeste. Aussi cette supposition fut-elle éloignée. Quant à une hémorrhagie interne, celle-ci semblait déjà plus probable. La mort subite s'expliquait. Mais quelle est, à son tour, la cause de cette hémorrhagie? Est-ce la rupture d'un sac anévrismal? La malade n'a rien accusé qui puisse faire soupçonner un anévrisme. Mais ceux-ci marchent quelquefois d'une manière si lente, si obscure, pour se terminer si brusquement, que cette hypothèse fut celle à laquelle s'arrêta M. le professeur Forget, comme la plus rationnelle, et l'autopsie a semblé vouloir venir un instant la confirmer jusqu'à ce qu'un examen plus attentif ait démontré l'erreur. Quant à la possibilité de diagnostiquer une hémorrhagie à la suite de grossesse extra-utérine: et les règles qui ont persisté, (si la malade n'a pas voulu nous tromper, ce que nous sommes en droit de supposer), et les symptômes si vagues, offerts par cette femme, l'intermittence de ces mêmes symptômes, surtout les dénégations formelles de grossesse opposées par la malade à nos demandes réitérées; et puis, peut-être aussi, le peu de temps qu'elle a été soumise à

l'observation (elle est restée 24 heures à l'hôpital) : toutes ces raisons n'ont pas permis de s'arrêter à cette idée.

Quant à cette grossesse elle-même, elle nous semble devoir se ranger parmi celles que M. Dezeimeris appelle tubo-ovariques, et dont un exemple qui offre une grande analogie avec notre observation, est rapporté par le docteur Jackson (*the Dublin Journal;* t. II, 1833). Sa marche a été celle de presque toutes les grossesses extra-utérines : rupture du kyste, mort par épanchement de sang dans l'abdomen. Ses causes nous échappent complétement. La marche forcée de la malade, de Saint-Omer à Strasbourg, ne peut être invoquée, parce que le fœtus, quoique bien développé dans toutes ses parties, ne paraît pas être âgé de plus de deux mois. La pièce anatomique a été déposée au muséum de la Faculté de médecine.

Observation d'une tumeur ganglionaire, située dans la région sous-maxillaire, résistant aux remèdes les plus efficaces, et cédant enfin, en peu de temps, à un traitement par l'usage simultané de l'huile de foie de morue et de l'eau minérale d'Adélaïde de Heilbrunn, en Bavière; par JEAN-PHILIPPE GRAFFENAUER, docteur en médecine et médecin cantonal à Strasbourg.

Le sujet de cette observation est une demoiselle âgée de vingt ans, d'un tempérament lymphatique, ayant les cheveux blonds, les yeux bleus, le teint coloré, et jouissant d'une bonne constitution. Dans les premières années de sa vie, elle fut nouée, ce qui retarda un peu son ac-

croissement. Plus tard, sa santé n'éprouva d'autres altérations qu'un écoulement d'oreilles, et les maladies ordinaires de l'enfance, telles que la rougeole et la scarlatine. Elle fut vaccinée avec succès à huit mois. A l'âge de dix ans, on remarqua pour la première fois que les glandes maxillaires du côté gauche étaient légèrement tuméfiées, sans changement de couleur à la peau; elles étaient mobiles, et n'occasionnaient aucune douleur. On attribua cet engorgement à un effet de la croissance, et on se borna à quelques frictions avec de l'huile camphrée.

L'année suivante, la malade fit usage des bains de Soultz, à trois lieues de Strasbourg. Ces eaux, qui contiennent une assez grande quantité de muriate de soude, lui firent du bien, et eurent pour effet une diminution notable de la tumeur; mais plus tard, soit que la malade ne suivît pas de régime, soit qu'elle s'exposât trop à l'influence de l'humidité, la tumeur grossit davantage; elle s'étendit depuis le menton jusqu'à l'oreille, et l'on y distingua parfaitement trois ganglions, dont un petit vers le menton, un autre plus grand vers l'oreille, et un troisième situé entre les deux. Cette tumeur resta longtemps stationnaire, au moins en apparence. On remarqua même qu'elle augmentait et diminuait avec la croissance et la décroissance des jours. On espérait toujours qu'elle se dissiperait à l'époque de la puberté; mais les règles s'établirent sans difficulté, sans que la tumeur en éprouvât le moindre changement. La malade était aussi, de temps en temps, sujette à une éruption de petites pustules qui apparaissaient à la figure et aux mains, se recouvraient de croûtes, et causaient beaucoup de démangeaison. Enfin une expectoration assez abondante de glaires épaisses et jaunâtres l'incommodait aussi dans ces derniers temps.

Quelle que fût la répugnance de la malade pour les remèdes, on en essaya cependant successivement un assez grand nombre, tant intérieurement qu'à l'extérieur; mais, il faut le dire, sans en retirer aucun effet. C'est ainsi que, dans le commencement, elle prit, pendant longtemps, le muriate de baryte, puis le muriate de chaux avec le muriate de fer, ensuite des pilules fondantes, composées d'extrait de ciguë, de gomme ammoniaque et de soufre doré d'antimoine. On appliqua sur la tumeur des emplâtres de diachylon gommé, de gomme ammoniaque dissoute dans le vinaigre scillitique, des sachets remplis de poudre de charbon et de sel ammoniac, etc.

En 1831, elle fit usage, pendant un mois, des bains de Bade, et appliqua, d'après le conseil d'un médecin de ces lieux, le limon des bains mêlé à des cataplasmes émollients; mais son attente fut encore trompée.

On eut recours alors à l'iode, ou plutôt à la teinture d'hydriodate de potasse iodurée, à la dose de 15 gouttes, matin et soir, et aux frictions sur la tumeur avec l'onguent d'iode. Ce remède fut continué pendant six mois, sans être suivi d'aucun résultat. Elle se frictionna aussi longtemps et sans effet, avec une pommade faite avec l'iodure de sodium, préparation d'ailleurs très-utile dans les tumeurs goîtreuses.

Lorsque la médecine homéopathique fit tant de bruit, elle se laissa persuader à en faire l'essai, et elle prit pendant deux mois, tous les trois ou quatre jours, quelques globules avec du sucre de lait, en observant exactement le régime prescrit. Il est inutile de dire que ce traitement ne fut que du temps perdu. L'engorgement des glandes restait toujours le même; la tumeur avait acquis à peu près le volume du poing; la malade ne pouvait sortir sans

bandeau. Elle éprouvait quelquefois de la gêne dans les mouvements du cou et une tension dans la tumeur. On parlait déjà de l'excision, surtout lorsque l'on apprit que cette opération, considérée jusqu'à présent comme insolite ou comme dangereuse, avait été transformée, dans ces derniers temps, en une opération régulière qui avait été plusieurs fois exécutée avec le plus grand succès, à l'hôpital militaire de cette ville (Voyez le mémoire de M. Malle, inséré dans le t. II, p. 365 de ces *Archives*). Sur ces entrefaites, on eut connaissance de deux nouveaux remèdes, dont la matière médicale s'est récemment enrichie; je veux parler de l'huile de foie de morue (*Oleum jecoris aselli*) et de l'eau minérale d'Adélaïde, de Heilbrunn, en Bavière. L'une et l'autre sont douées de propriétés très-remarquables, et jouissent d'une grande réputation dans le traitement des maladies des glandes, des os et des articulations, surtout avec diathèse scrophuleuse. On résolut donc de les essayer. La malade commença par l'huile, et en prit, du 12 avril jusqu'au 20 mai 1836, tous les jours matin et soir, une cuillerée à bouche, en avalant immédiatement après une cuillerée de sucre pilé, pour en corriger le mauvais goût. Elle fit aussi, matin et soir, une friction sur la tumeur avec une cuillerée de cette même huile chauffée. A cette époque, les progrès de la guérison n'étaient encore que peu sensibles, quoique la tumeur fût devenue tant soit peu molle. On joignit alors encore à ce traitement l'usage de l'eau minérale d'Adélaïde, dans l'intention d'en assurer le succès. Cette eau est un médicament précieux qui contient, outre plusieurs sels alcalins, de l'iode, du brôme et du gaz hydrogène carboné. La malade en but, matin et soir, un verre ordinaire. Au milieu du mois de juin, la tumeur avait diminué de plus

de moitié et se trouvait entièrement ramollie; on distinguait déjà le bord de la mâchoire inférieure. Au commencement de juillet, il n'en restait plus que les deux tiers. Pendant le mois d'août, elle se fondait pour ainsi dire à vue d'œil, la peau était devenue lâche, et formait comme une espèce de poche; cependant, dans la profondeur de la tumeur, on sentait encore deux petits noyaux, de la grosseur d'une noisette, c'est pourquoi la malade continua encore pendant les mois de septembre et d'octobre l'huile de foie de morue, et, au lieu de l'eau minérale naturelle qui est d'un prix très-élevé, elle se servit de la même eau artificielle, parfaitement bien imitée par M. Hecht fils, pharmacien de cette ville. Elle ne trouva aucune différence ni pour le goût, ni pour les autres propriétés physiques de cette eau; aussi les effets en furent-ils les mêmes, car le reste de la tumeur disparut en peu de temps.

Il est encore à noter que, pendant ce traitement, la malade prit aussi quelques bains d'eau salée, et dirigea sur la tumeur, des vapeurs d'eau, au moyen d'une éolypile. Depuis cette époque, elle ne vit plus paraître d'éruptions cutanées, et l'expectoration glaireuse cessa entièrement. L'appétit, pendant le traitement, se soutint parfaitement; elle n'éprouva jamais de maux d'estomac, ni aucune autre incommodité. Quant au régime, on évita de manger des alimens trop gras et trop aigres, les farineux et tout ce qui est indigeste. Elle interrompit aussi l'usage des remèdes pendant le temps des règles.

En résumé, elle consomma, en tout, huit chopines d'huile de foie de morue, trente-six bouteilles d'eau minérale naturelle, et vingt bouteilles d'eau minérale artificielle d'Adélaïde.

BIBLIOGRAPHIE FRANÇAISE.

Nouveau formulaire des praticiens, contenant les formules des hôpitaux civils et militaires, de France, d'Italie, d'Allemagne, de Russie, etc., etc., suivi des secours à donner aux asphyxiés et aux empoisonnés, et précédé d'un mémorial thérapeutique; par F. Foy, seconde édition, Paris, 1837.

S'il est vrai que le succès en médecine dépend surtout de l'exacte appréciation de l'état des malades, d'un diagnostic rigoureux, qui permette d'établir sur une base solide les indications curatives: il est incontestable aussi, que, pour remplir ces indications d'une manière convenable, il faut non-seulement connaître l'influence que les principaux agens thérapeutiques exercent sur l'économie malade, mais savoir encore les administrer sous les formes et dans les proportions les plus appropriées. Cependant l'art de manier les médicamens comprend une infinité de détails qu'il est bien difficile d'avoir toujours également présens à la mémoire. De là l'utilité des ouvrages propres à les remémorier au praticien, et l'accueil si favorable que l'on accorde ordinairement aux *formulaires*.

Parmi les nombreuses publications de cette espèce, il en est beaucoup, sans doute, de médiocres, mais il en

est aussi qui ont un mérite réel d'utilité, et par l'ordre d'après lequel les matériaux sont classés, et par la critique consciencieuse qui a présidé au choix des formules présentées comme modèles. Le formulaire de M. Foy nous paraît être de ce nombre.

Les doses et les formes sous lesquelles les médicamens simples doivent être administrés, le mode de préparation des médicamens composés, ainsi que les nouveaux agens thérapeutiques y sont indiqués avec soin et conscience; les formules sont, en général, simples, de facile exécution, et choisies avec esprit critique. L'ordre d'après lequel les matériaux sont classés, nous paraît surtout ingénieux; il atteint parfaitement le but qu'un bon formulaire doit remplir. L'auteur nous présente d'abord un tableau synoptique des médicamens rangés d'après leur mode d'action; dans un deuxième tableau se trouvent consignées les doses auxquelles on administre, en général, les médicamens dans les vingt-quatre heures. Trois autres tableaux indiquent enfin les doses selon les âges, les poids médicinaux français et étrangers, ainsi que les abréviations.

Prenant ensuite les maladies d'après l'ordre alphabétique, l'auteur indique, pour chacune d'elles, les principaux modificateurs thérapeutiques employés dans leur traitement. Après ce mémorial thérapeutique viennent les formules des différentes substances médicamenteuses rangées également d'après l'ordre alphabétique.

Les asphyxies et les empoisonnemens exigent, en général, des secours prompts et instantanés dont les détails, en raison de la rareté de leur application, ne sont pas toujours bien gravés dans la mémoire du praticien. Nous ne pouvons donc que louer M. Foy d'avoir annexé à son ou-

vrage l'indication des principaux moyens thérapeutiques à employer dans ces cas souvent embarrassans. Ce court aperçu d'un ouvrage dont les détails échappent à une analyse, suffira pour justifier les éloges que nous n'avons pu lui refuser.



BIBLIOGRAPHIE ALLEMANDE.

PHYSIOLOGIE.

Commentatio de novis quibusdam experimentis chemico-physiologicis, ad illustrandam doctrinam de respiratione institutis; quam scripsit Theod. Lud. W. Bischoff, med. et philos. doctor, etc., Heidelbergæ, 1837, 4°. IV, 42 p.

M. Th. Bischoff, déjà connu avantageusement par une dissertation remarquable sur les *enveloppes de l'œuf*, a eu pour but, dans le travail que nous annonçons, et qu'il a composé pour obtenir le titre de professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Heidelberg, de réviser les théories les plus récentes émises sur la fonction de la respiration. Il s'est moins attaché à donner du nouveau qu'à rechercher ce qu'il y avait de vrai dans les travaux de ses prédécesseurs. C'est une méthode très-louable : l'auteur en retire peut-être une gloire moins brillante, parce qu'il n'a pas le mérite d'avoir créé; mais il n'en a pas moins des droits incontestables à notre reconnaissance, car, dans une science, comme la physiologie, qui repose sur des faits, il est important que ces faits soient consta-

tés par un grand nombre d'observateurs, si l'on ne veut pas s'exposer à voir renverser, le lendemain, l'édifice que l'on a construit la veille.

Après avoir rappelé, en peu de mots, les nombreuses théories concernant la fonction de l'hématose, l'auteur se propose d'examiner les quatre points suivants :

1° Le sang veineux ou artériel qui n'a pas été préalablement exposé à l'air, peut-il, sous la machine pneumatique, dégager des gaz, et quelle est la nature de ces gaz ?

2° Quelle est la nature des gaz qui se dégagent du sang qui a été préalablement mis en contact avec d'autres gaz ?

3° Les grenouilles, placées dans du gaz hydrogène pur, exhalent-elles de l'acide carbonique, et d'où provient celui-ci ?

4° Comment se comporte le cruor du sang à l'égard des sels et des acides ? et que s'ensuit-il pour expliquer les changemens que la couleur du sang éprouve dans l'acte de la respiration ?

Les avis sont encore partagés sur la question de savoir si le sang veineux contient de l'acide carbonique : des chimistes et des physiologistes distingués, parmi lesquels nous citerons J. Müller, Tiedemann, Gmelin et Mitscherlich, n'ont pu en découvrir, tandis que Vogel, Brande, Vauquelin, Collard de Martigny et d'autres prétendent en avoir trouvé. Bien plus, un expérimentateur plus récent, Reid Clanny, assure avoir retiré de 14 onces de sang veineux 1—1, 4 pouce cube d'acide carbonique. Cette dissidence entre des hommes aussi éminens dans la science, a déterminé M. Bischoff à reprendre ces expériences. Il les a répétées plusieurs fois, avec les précau-

tions les plus minutieuses, et en se servant du sang de l'homme et de plusieurs animaux; et toujours il a pu constater la présence de l'acide carbonique dans le sang veineux: quant au sang artériel, il a vu qu'il contenait aussi un gaz, mais il n'a pas pu en constater la nature.

Pour résoudre la seconde question, l'auteur a également entrepris une série d'expériences intéressantes qu'il serait trop long de décrire. Il croit pouvoir en conclure que des gaz autres que l'oxygène sont aussi susceptibles de séparer de l'acide carbonique du sang veineux qui, préalablement, n'a pas été exposé à l'air; que ceci n'a pas lieu pour le sang artériel, et enfin qu'il est probable que le sang artériel laisse échapper de l'oxygène.

Le troisième chapitre est consacré à des expériences relatives à l'acide carbonique exhalé par des grenouilles placées dans des gaz qui ne contiennent pas d'oxygène.

Il se servit, pour cela, d'hydrogène bien pur, après s'être assuré qu'il ne contenait pas la moindre trace d'acide carbonique, et le reçut dans de grands vases remplis de mercure, dans lesquels il introduisit les grenouilles. S'étant aperçu que les poumons de celles-ci ne pouvaient être assez comprimés pour expulser tout l'air qu'ils renfermaient, il les plongea préalablement dans le mercure, pendant un temps variable, mais qui n'a jamais pu excéder cinq heures, ayant toujours trouvé les grenouilles mortes au bout de ce temps.

Les cinq premières expériences confirment celles de Collard de Martigny, de J. Müller et de Bergemann, savoir que les grenouilles, placées dans un air qui ne contient pas d'oxygène, exhalent de l'acide carbonique. L'auteur a trouvé, terme moyen, qu'une grenouille exhalait, dans l'espace de 9,02 heures, 0,49 pouce cube d'acide car-

bonique, ce qui concorde à peu près avec les résultats obtenus par J. Müller et Bergemann qui ont trouvé 1/4 à 4/5 pouc. cub. pour un intervalle de six à douze heures.

M. Bischoff voulut ensuite comparer la quantité d'acide carbonique exhalée dans l'hydrogène, avec celle que la grenouille exhalerait dans la même quantité d'air atmosphérique. Il trouva celle-ci de 0, 68 pouce cube, c'est-à-dire, un tiers environ de plus.

Pour s'assurer si cet acide carbonique est excrété par les poumons ou par la peau, l'auteur extirpa les poumons. Cette opération n'offre aucune difficulté : on incise la peau et les muscles, de chaque côté de la colonne vertébrale; on fait sortir les poumons avec des pinces, puis on les excise après les avoir entourés d'une ligature. Les grenouilles continuent à vivre, et sont même encore très-agiles et très-fortes. L'auteur trouva que la quantité d'acide carbonique exhalée était, terme moyen, de 0, 20 pouce cube par grenouille, pendant 8 heures, ce qui fait à peu près la moitié de la quantité d'acide carbonique exhalée par les grenouilles dont les poumons n'ont pas été extirpés.

Une autre série d'expériences fut entreprise pour vérifier encore mieux ce dernier fait. On enduisit la peau des grenouilles d'une couche épaisse d'huile. Placées ensuite dans le gaz hydrogène, ces grenouilles exhalèrent chacune, terme moyen, 0, 32 pouce cube pendant neuf heures, somme qui, ajoutée à la quantité exhalée par les grenouilles privées de poumons, forme à peu près la quantité totale exhalée par une grenouille intacte.

Ces résultats étaient trop remarquables pour que l'auteur ne cherchât pas à les vérifier par des expériences encore plus décisives. Il résolut alors de priver entièrement les grenouilles de toute voie d'exhalation, en leur exci-

sant les poumons, et en enduisant en même temps leur peau d'une couche épaisse de graisse. A son grand étonnement, il trouva que chaque grenouille exhalait encore 0, 24 pouce cube d'acide carbonique, pendant l'espace de six heures. Alors il soumit aux mêmes expériences des grenouilles mortes, tuées immédiatement auparavant : au bout de cinq heures, la quantité d'acide carbonique exhalée par chacune d'elles, était de 0, 14 pouce cube, et, dans un autre cas, de 0, 12. L'auteur avertit encore ici que son hydrogène était entièrement privé d'acide carbonique; il ne peut expliquer ce phénomène qu'en admettant que la circulation du sang continue encore quelque temps chez les grenouilles, après leur mort; et il pense que la sécrétion de l'acide carbonique peut être comparée à celle qui a lieu dans le sang tiré de la veine, lorsqu'il est mis en contact avec un gaz, c'est-à-dire, que cette sécrétion du gaz acide carbonique est le résultat d'une force d'attraction réciproque entre le sang renfermé dans les vaisseaux cutanés et l'hydrogène.

Le docteur Bischoff conclut de tous ces faits : 1° que les grenouilles sécrètent de l'acide carbonique même dans des gaz qui ne renferment pas d'oxygène, d'où il suit que cet acide carbonique existe dans le sang, et n'est, par conséquent, pas le résultat de la combinaison de l'oxygène de l'air avec le carbone du sang; 2° que la quantité de ce gaz est à peu près la même dans l'hydrogène que dans l'air atmosphérique, et enfin, 3° que cet acide carbonique provient en partie des poumons, en partie de la peau, mais qu'il paraît excrété plutôt par des moyens physiques que par des moyens organiques, puisque cette excrétion s'observe encore sur des animaux privés de la vie.

Passons au quatrième point, celui qui a pour objet

l'action des sels, et, en particulier, des sels neutres sur le cruor.

Les anciens auteurs avaient déjà dit que les sels et, en particulier, les sels neutres, avaient la propriété de rougir le sang foncé en couleur, tandis que les acides exerçaient sur ce liquide une action opposée. Steevens fit revivre cette vérité, tombée en oubli, par une série d'expériences que confirmèrent Hoffmann, Turner, Gregory, Irvine, J. Müller et d'autres physiologistes. Ils prouvèrent que l'oxygène, sans le secours des sels, n'avait pas le pouvoir de rougir le sang, tandis que les sels possédaient cette vertu, sans le concours de l'oxygène. Cependant Van Maak ayant avancé que la présence de l'oxygène était toujours nécessaire, l'auteur jugea utile de répéter les expériences de Steevens. Il trouva qu'une portion de gâteau de sang artériel ou de sang veineux, qui avait été rougie à l'air, prenait une couleur pourpre quand on la plongeait pendant quelque temps dans de l'eau distillée; tandis qu'elle redevenait rouge écarlate, lorsqu'on l'unissait à une solution saline ou au sérum du sang. Il vit aussi que cette action des sels sur le sang foncé en couleur avait également lieu dans un air privé d'oxygène, dans le gaz hydrogène ou azote, par exemple, et même dans le vide, ce qui infirme l'opinion de Van Maak et confirme celles de Nasse, de Steevens, de Hoffmann, etc. Nasse et Steevens avaient conclu de ces faits que l'oxygène n'exerce par lui-même aucune action sur la couleur du sang, mais qu'il concourt d'une manière indirecte à produire cette couleur, en éliminant l'acide carbonique pendant l'acte de la respiration. Le docteur Bischoff ne voit rien dans ces expériences qui puisse légitimer cette opinion; elles prouvent seulement que les sels peuvent, sans le concours

de l'oxygène, changer le sang pourpre en sang rouge, mais n'indiquent nullement le rôle que jouent l'oxygène et l'acide carbonique. Il y a plus : l'auteur a démontré, par ses expériences, que le sang restait foncé, lorsqu'on en extrayait l'acide carbonique au moyen de l'hydrogène, ce qui ne devrait pas avoir lieu d'après l'opinion de Nasse et de Steevens.

Il est donc bien prouvé que l'oxygène ne peut, sans la présence des sels, donner au sang la couleur rouge, mais que ce gaz est nécessaire pour donner au sang veineux la couleur du sang artériel, et qu'il ne suffit pas pour cela que l'acide carbonique en soit éliminé.

Dans la dernière partie de son travail, l'auteur cherche à déduire de ses expériences et de celles de ses prédécesseurs, une théorie de la respiration. Il la résume lui-même dans la proposition suivante :

« Le sang veineux, imprégné d'acide carbonique, et qui a, pour cette raison, une couleur pourpre, est conduit par les veines au poumon. Dans cet organe, il est mis en contact avec l'air atmosphérique : la plus grande partie de l'acide carbonique se sépare du sang, et est remplacée par l'oxygène de l'air, en vertu des rapports des deux gaz avec un seul et même fluide, et en vertu des lois de l'endosmose et de l'exosmose. Ceci fait, le sang, qui contient des sels, est rendu rouge par l'oxygène, et est porté vers les diverses parties du corps par les contractions du cœur gauche. Lorsque ce liquide, arrivé dans le parenchyme des organes, passe des plus petites artérioles dans les plus petites veines, c'est-à-dire, dans les vaisseaux capillaires, le carbone, séparé de nos organes, comme un résidu de leurs fonctions, s'unit à l'oxygène pour former de l'acide carbonique. Le sang acquiert de nouveau, par

là, la couleur foncée qui est propre au sang veineux, et retourne au poumon par les veines. »

Nous le répétons, quoique ce travail diffère peu des autres travaux publiés sur le même sujet, il n'en mérite pas moins de fixer l'attention du monde savant, par le soin minutieux que l'auteur a mis dans ses expériences, et par une érudition riche et judicieuse.



PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.



Action de l'acétate de plomb sur l'économie animale; par le docteur C. G. Mitscherlich[1].

Dans les recherches auxquelles on s'est livré jusqu'ici sur l'action des sels métalliques, on s'est attaché à signaler les phénomènes qu'ils produisent pendant la vie, à décrire les changemens de structure que l'on a rencontrés après la mort, et à constater, autant que possible, leur présence dans le sang et dans les urines. Quoique ce mode d'investigation ait produit des résultats importans, cependant il ne nous a appris que des faits isolés, que l'on peut très-rarement coordonner, et plus rarement encore expliquer. Le docteur Mitscherlich a pris une autre route: il s'est proposé de rechercher quels sont les chan-

[1] *Archives* de Müller, 1836, cah. 3, 4 et 5.

gemens que subit le sel métallique lorsqu'il est introduit dans l'économie, et quelles sont en même temps les modifications éprouvées par les organes. Cette méthode conduit à des résultats plus importans, et permet de les coordonner.

L'auteur commence par l'acétate de plomb; il donnera plus tard ses expériences sur le sulfate de cuivre et sur d'autres métaux. Voici l'ordre, suivant lequel il a disposé son travail: 1° recherche des combinaisons les plus importantes de l'acétate de plomb avec les parties constitutives de nos organes; 2° manière dont l'acétate de plomb se comporte à l'égard des solides et des liquides; 3° expériences sur les animaux, suivant que le poison est ingéré dans l'estomac ou qu'il est appliqué sur des plaies; 4° examen du sang et de l'urine; 5° conclusions. Ce dernier chapitre, résumant le travail entier, nous le reproduirons avec quelque détail.

L'acétate de plomb, en dissolution, forme promptement, aussitôt qu'il est mis en contact avec des matières animales, de nouvelles combinaisons qui contiennent du plomb et une substance organique. Quelques-unes de ces combinaisons sont solubles dans l'eau, d'autres deviennent solubles par l'addition d'une petite quantité d'acide acétique, d'acide lactique ou d'acide hydrochlorique, et d'autres sont insolubles dans l'eau et dans les acides. C'est sur cette propriété que repose l'action de l'acétate de plomb. A l'endroit où a lieu le contact avec les tissus organiques, les décompositions s'opèrent d'après les lois chimiques, et de là on voit se manifester en partie les symptômes de l'action locale, en partie les phénomènes de l'action générale du plomb produits par les nouvelles combinaisons. Comme la plupart des combinaisons que

forme l'acétate de plomb avec les élémens organiques, sont insolubles ou très-peu solubles dans l'eau, les empoisonnemens par le plomb ne peuvent être que très-faibles, lents ou nuls dans toutes les parties du corps qui ne sécrètent pas abondamment des acides libres. C'est ce qui arrive pour les plaies, les ulcères, etc. L'acétate de plomb, introduit dans l'estomac, est décomposé par le produit de la sécrétion de cet organe; lorsque les matières sécrétées ne sont pas suffisantes pour sa décomposition, il en résulte une cautérisation superficielle. Quand l'acétate de plomb est décomposé par les parties constituantes des produits sécrétés ou du contenu de l'estomac, il forme des combinaisons, dont une partie est soluble dans l'eau; l'autre partie, insoluble, entre en combinaison avec le mucus. Les substances dissoutes sont par elles-mêmes solubles dans l'eau, ou bien le deviennent par l'acide libre que contient l'estomac; et comme il n'y a que les matières en dissolution qui puissent avoir une action générale sur les parties solides et liquides du corps, on voit, pour cette raison, l'action vénéneuse du plomb partir de l'estomac, parce que les acides libres qui y sont contenus aident à former des combinaisons solubles. L'acétate de plomb, s'il n'est pas entièrement décomposé par les parties constituantes du produit sécrété, provoque deux séries de phénomènes, savoir: ceux de la cautérisation directe de la muqueuse stomachale, et ceux que produit la nouvelle combinaison du plomb avec les matières organiques. Si, au contraire, il est entièrement décomposé par le produit sécrété, le second effet seul est produit. On peut obtenir directement cet effet, en combinant l'acétate de plomb avec l'albumine et en le dissolvant dans l'acide acétique: on obtient un produit qui suffit pour empoi-

sonner un animal. La cautérisation que l'acétate de plomb produit dans l'estomac et les intestins repose sur l'affinité de ce sel métallique avec les parties constituantes de la muqueuse; les parties détruites de celle-ci se comportent comme toute surface cautérisée par l'acétate de plomb, par exemple, les ulcères. La cautérisation directe de la surface vivante hâte la mort; mais si l'acétate de plomb est décomposé avant qu'il ait été mis en contact avec la surface organique, l'empoisonnement par le plomb en est seul la suite. On produit, en effet, cet empoisonnement direct par la combinaison du sel de plomb avec les matières organiques tenues en dissolution par les acides hydrochlorique et lactique, en décomposant l'acétate de plomb par l'albumine, en dissolvant l'acide acétique, et en se servant de cette dissolution pour empoisonner.

L'auteur de ces expériences est ainsi parvenu à expliquer en partie les premiers phénomènes de l'action du plomb. Pour expliquer les symptômes secondaires, il est nécessaire d'examiner auparavant les réactions chimiques de ces nouvelles combinaisons de plomb, l'affinité et l'action de celui-ci sur les diverses parties solides et liquides de nos organes. Mais pour cela il faudrait avoir, sur la composition des tissus animaux, des connaissances plus précises que celles que nous possédons aujourd'hui.

L'examen chimique du sang et de l'urine apprend que, dans les empoisonnemens, le sang ne contient que très-peu ou ne contient pas du tout de plomb, et qu'il n'en existe pas non plus dans l'urine. M. Mitscherlich ne veut encore tirer aucune conclusion de ce fait : il se propose de décider la question, lorsqu'il s'occupera du cuivre que l'on peut retrouver en plus petite quantité que le plomb. Il est très-probable qu'une combinaison de plomb passe dans le

sang: car les phénomènes qui se manifestent pendant la vie ne sont pas de nature à être expliqués par un simple trouble de l'action nerveuse. Les symptômes se succèdent lentement et suivent les changemens chimiques, tandis que tous les symptômes qui proviennent d'un trouble de l'action nerveuse, surviennent rapidement et d'une manière, pour ainsi dire, instantanée. Cette opinion est confirmée par les expériences de Gaspard, qui produisit un violent empoisonnement par l'injection de deux grains d'acétate de plomb dans la veine jugulaire, ainsi que par les expériences faites avec l'acétate de plomb appliqué sur les plaies.

Les phénomènes qui se manifestent pendant la vie, concordent avec les lésions trouvées après la mort, et s'expliquent en grande partie par celles-ci. Il existe toujours, d'une manière plus ou moins manifeste, un dérangement dans les fonctions du canal intestinal, des poumons, des reins ou de la nutrition. Les excrétions intestinales, après les fortes doses d'acétate de plomb, sont le plus souvent plus abondantes et plus molles qu'à l'ordinaire; ordinairement on trouve, après, le rectum vide. Chez les chiens, on provoque très-facilement une exsudation sanguine à la surface du canal intestinal. Chez les lapins, cette exsudation ne se rencontre qu'en différens endroits, tantôt dans l'intestin grêle, tantôt dans la cavité abdominale, ou dans la cavité des plèvres, le plus souvent dans la vessie, l'urine étant alors sanguinolente. Dans un cas, M. Mitscherlich trouva du sang épanché entre la membrane externe et la substance corticale des reins, dans une poche qui s'était formée à cet endroit.

On ne découvre dans les organes où se produisent ces exsudations aucune altération de structure, mais seule-

ment une injection des vaisseaux et une rougeur des tissus. Si l'épanchement s'est fait dans la cavité abdominale, on trouve les vaisseaux sous-péritonéaux gorgés de sang, mais il n'y a pas d'inflammation. L'épanchement s'est-il fait dans les plèvres, le poumon est plus foncé qu'à l'ordinaire, mais ni ramolli, ni hépatisé. Lorsque l'urine est sanguinolente, les reins ne sont jamais plus mous, mais toujours plus foncés qu'à l'état normal, et l'on trouve l'intérieur de ces organes plus ou moins coloré, par suite de la réplétion des vaisseaux sanguins. Cette rougeur de différens organes, dit l'auteur, se rencontre toujours, mais ne constitue pas une véritable inflammation, puisque les tissus ne sont pas ramollis, et que l'on n'observe pas cette injection capillaire, ramifiée, ponctuée, qui caractérise cet état pathologique. Les symptômes ne parlent pas non plus en faveur d'une inflammation : la partie malade n'est pas douloureuse à la pression, et parmi les signes de la fièvre, la soif seule est constante. Cette rougeur, que l'auteur a rencontrée dans d'autres empoisonnemens par des substances métalliques, est due probablement à un état de décomposition du sang, analogue à ce que l'on observe dans certaines maladies accompagnées d'une altération de ce fluide. L'aspect du sang parle en faveur de cette opinion : il a, en effet, une couleur particulière, son caillot est très-foncé, sa partie liquide plus ou moins abondante, mais constamment d'un rouge particulier, et souvent d'une nature mucilagineuse. Ces propriétés physiques indiquent un changement dans la composition du sang, quoique les recherches chimiques et microscopiques n'aient pu encore rien faire découvrir d'essentiel à cet égard.

Le canal intestinal n'est ni contracté, ni rétréci; au

contraire, il est distendu, le plus souvent, par une grande quantité de liquide.

Le trouble des fonctions du poumon est en rapport avec les altérations qu'il présente après la mort. La respiration devient bientôt lente et pénible, plus ou moins, suivant la dose du poison; ce phénomène est surtout prononcé lorsque l'acétate de plomb a été introduit dans l'estomac. A l'autopsie, le poumon est très-dense, il a un aspect foncé et parsemé de points noirs, ce qui est dû à la présence de sang coagulé, très-foncé en couleur, qui remplit les dernières ramifications des vaisseaux. Cette altération est moins prononcée, et les symptômes sont moins intenses, quand le poison a été appliqué sur des plaies.

Les fonctions des reins sont essentiellement altérées. La sécrétion de l'urine est considérablement augmentée, et en rapport avec la soif. L'urine reste claire quand l'empoisonnement a lieu lentement, et avec de petites doses; dans le cas opposé, elle devient laiteuse, et plus tard sanguinolente. Alors, comme nous l'avons vu, les vaisseaux de la substance des reins sont plus ou moins gorgés de sang. Quand la dose administrée est assez forte pour produire une cautérisation directe sur le canal alimentaire, on ne rencontre plus que rarement cette altération de l'urine. L'auteur suppose que cette hypersécrétion de l'urine a pour but de séparer du sang les matières nuisibles qui y ont été introduites, d'autant plus que ces évacuations soulagent toujours l'animal; mais ceci n'est qu'une conjecture, puisque l'analyse chimique n'est pas encore parvenue à retrouver dans l'urine une semblable substance.

Le foie et la rate ne font voir que les changemens qui dépendent de l'état de décomposition du sang.

Il n'existe aucun phénomène qui indique une altération

essentielle dans les fonctions du cerveau; celles de la moelle épinière, au contraire, sont souvent troublées, et l'on voit survenir une paralysie des extrémités postérieures, et une difficulté dans l'émission des urines, sans que l'on trouve de lésion bien manifeste dans ce cordon médullaire.

Le corps entier de l'animal est considérablement amaigri, ce qui s'explique suffisamment par les évacuations abondantes qui ont lieu par les urines et par les selles.

Ces faits, relatifs à l'action physiologique de l'acétate de plomb, dit l'auteur en terminant, sont importans pour la pratique. On peut en déduire des règles sur l'emploi, tant interne qu'externe, de cette substance; ils servent à indiquer les moyens auxquels on doit avoir recours dans les empoisonnemens aigus par les préparations saturnines. Sous le rapport médico-légal, ils montrent d'une manière plus exacte qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, le procédé que l'on devra suivre pour reconnaître la présence du plomb dans le cadavre, ainsi que les lésions de structure que ce poison laisse après lui. L'auteur reprendra, plus tard, tous ces points importans, lorsqu'il aura étudié de la même manière d'autres sels métalliques, et lorsqu'il aura confirmé par de nouvelles expériences les faits consignés dans ce travail.



Sur l'emploi de l'émétique dans le traitement de l'angine membraneuse, par le docteur Ellisen [1].

Depuis longtemps, le tartre stibié est employé avec succès dans le traitement de l'angine membraneuse, non-seulement comme vomitif et dans le but de faire rejeter les mucosités et les membranes de nouvelle formation qui sont le produit de cette inflammation, mais aussi comme agissant directement contre la phlegmasie, et comme modifiant la nature même de l'affection. L'auteur, qui a été un des premiers à recommander ce médicament, communique, dans ce travail, le résultat des nouvelles observations qu'il a pu faire sur son emploi dans le traitement de l'angine couenneuse. Il est tout à fait revenu de l'idée de regarder l'application de sangsues au col comme une condition *sine qua non* de la guérison du croup. Bien loin de là, une expérience riche de faits lui a prouvé, depuis 4 ans, que cette saignée locale, dont il n'aurait jamais osé se passer dans un espace de près de 30 années, n'était nullement nécessaire. Depuis ce temps, il a traité, sans être obligé d'appliquer des sangsues au col, tous les cas de croup qui se sont offerts à lui, et qui sont très-fréquens dans la contrée froide et humide où il exerce la médecine; et toujours il a été heureux, lorsqu'il a été appelé à temps. Le premier fait qui l'a déterminé à changer son mode de traitement, concerne un enfant de trois ans, qui fut atteint, en automne 1829, d'un croup très-intense: quatre

[1] Schmidt, *Jahrb.* T. 14, p. 10, d'après le Journal de Hufeland, 1836, 4e cah.

de ses frères ou sœurs, traités par les émissions sanguines, étaient morts de la même maladie. Les parens ayant refusé avec opiniâtreté toute application de sangsues, l'auteur traita ce malade uniquement par l'émétique à dose vomitive, en alternant avec le calomel; il fit faire, en outre, des frictions mercurielles autour du col, et appliquer un vésicatoire sur la poitrine. Le malade guérit. Depuis cette époque, l'auteur a modifié son traitement de la manière suivante. Qaund les malades étaient robustes, il commençait par une saignée du bras, chez les enfans au-dessus de sept ans, et, chez les enfans au-dessous de cet âge, par une application de sangsues, en nombre double du nombre des années de l'enfant, non pas au col, mais autour des fausses côtes ou aux jambes. Il pense même que les enfans d'une faible constitution pourraient être traités sans aucune émission sanguine. Lorsque l'auteur est appelé auprès d'un malade, quelle que soit l'époque de sa maladie, il prescrit le tartre stibié d'après la formule suivante: ℞ *tartr. stib.* gr. ii-iv, *aq. distill., syr. viol.* ana ℥ß. M. S. tous les quarts d'heure 1 à 2 cuillerées à café. Les enfans au-dessus de sept ans font seuls exception, ceux-ci sont d'abord saignés; les autres, au contraire, ne reçoivent de sangsues qu'après l'action du vomitif. Lorsque la première dose est suivie d'un ou de deux vomissemens abondans, on suspend le vomitif; si, au contraire, il n'y a pas de vomissement au bout d'un quart d'heure, on donne encore 2 cuillerées de la potion. Une heure après l'émétique, l'auteur prescrit le calomel à la dose de 1 à 1 1/2 grain, avec de la magnésie carbonatée, et des frictions composées d'onguent napolitain et d'onguent de guimauve, parties égales. L'auteur administre alternativement toutes les heures une de ces poudres

et la solution de tartre stibié, jusqu'à la production de selles verdâtres, ce qui arrive le plus souvent après la quatrième ou la cinquième poudre. On supprime alors le calomel, mais on continue le tartre stibié, à la dose d'une petite cuillerée, toutes les demi-heures. On applique en même temps un vésicatoire sur la poitrine.

L'auteur assure avoir obtenu les plus beaux succès par cette méthode, qui, cependant, n'a pas guéri tous ses malades; mais alors il se console en disant que la maladie était au-dessus des ressources de l'art.

Si, après une première amélioration, la maladie empire de nouveau, il recommence le même traitement, en donnant toutes les heures et demie une cuillerée de solution stibiée, et en alternant avec quelques poudres de calomel. Lorsque la guérison arrive, l'auteur continue encore l'émétique pendant vingt-quatre heures, au moins; puis il cesse tout médicament, à moins qu'il n'existe une abondante sécrétion de mucosités, cas dans lesquels il emploie le sénéga, le quinquina, le lichen d'Islande. Il a trouvé que les cas de récidive n'étaient pas mortels, lorsque la première attaque de croup avait été très-forte.

Il n'a jamais observé d'effet nuisible du tartre stibié.

Quelque grande que soit l'expérience du docteur Ellisen, nous ne trouvons pas, dans les résultats qu'il nous donne, des motifs suffisans pour rejeter une méthode de traitement généralement suivie, et qui ne compte probablement pas plus d'échecs que celle qu'il préconise. Les saignées locales, pratiquées non loin du siége de l'inflammation, nous semblent souvent très-utiles, indispensables même, et, si elles n'ont pas toujours réussi, on n'est pas en droit pour cela de leur attribuer la cause de la mort, pas plus que le docteur Ellisen ne nous reconnaîtrait le

droit d'attribuer à sa méthode l'issue funeste des cas dont il n'a pu triompher. Les saignées locales près du siége de l'inflammation, combinées avec les émétiques et le calomel, forment toujours le trépied fondamental d'un bon traitement du croup.

Fragmens pour servir à l'étude des maladies des enfans; par le docteur A. Ruef, de Bühl[1].

1° *Huile de morue contre les scrophules.*

Quoique Sundelin proscrive l'huile de morue dans les cas d'atonie des organes digestifs et dans les cachexies, l'auteur, au contraire, a trouvé ce médicament efficace, précisément dans ces circonstances. D'après ce médecin, les constitutions molles, scrophuleuses, qui déterminent si facilement une altération dans les sécrétions de l'estomac et des intestins, et amènent tous les signes de la cachexie, sont celles dans lesquelles ce remède agit, pour ainsi dire, comme spécifique. C'est ainsi qu'il a guéri, dans l'espace d'un mois, une petite fille de neuf ans, à la fibre molle, au visage pâle et bouffi, qui avait le cou farci de glandes indurées, dont quelques-unes étaient déjà ulcérées. Le ventre était considérablement tuméfié et si douloureux depuis trois mois, que l'enfant se pliait de côté et d'autre, en poussant des gémissemens. L'appétit était faible, la soif vive, le pouls fébrile et les selles irrégulières.

[1] *Annales* de Schmidt, T. XIII, p. 305, d'après les Ann. de méd., 1836, T. II, cah. 1.

L'huile de morue fut employée sans succès contre une tuméfaction indolente des glandes du cou.

Le docteur Schmitt, de Stèttin, a guéri, par contre, 13 enfans affectés de rachitis et de marasme.

L'auteur prescrit toujours ce remède avec moitié de sirop de cannelle, matin et soir une cuillerée à bouche; il fait prendre par dessus une gorgée d'eau.

2° *Emploi du graphite contre les croûtes laiteuses et la teigne.*

L'auteur a employé dans plus de vingt cas d'éruptions cutanées chroniques, ce médicament que Weinhold a, le premier, recommandé contre la gale, les dartres et les scrophules. Dans la gale, il l'a donné pendant des semaines entières, à l'intérieur et à l'extérieur, sans succès; mais il s'est montré efficace dans ces éruptions cutanées qui sont si souvent accompagnées, chez les enfans, de dérangement dans la sécrétion intestinale et d'affection du système lymphatique.

Un enfant de huit ans, affecté depuis trois ans d'une teigne, avait été soumis, sans succès, à un traitement par les sulfureux et les antimoniaux. Une croûte d'un pouce d'épaisseur recouvrait la tête, et il s'en écoulait un pus infect d'une couleur jaune-verdâtre. Les forces étaient épuisées, le malade ne pouvait pas quitter le lit; il était dans un véritable marasme. On prescrivit à l'intérieur, d'abord 1 grain, puis 2 grains de graphite, trois fois par jour. Au bout de trois semaines, non-seulement la teigne était presque guérie, mais la fièvre avait cessé et l'enfant reprenait à vue d'œil.

L'auteur a aussi employé avec avantage le graphite contre différentes espèces de dartres.

La meilleure manière de l'administrer, est de le donner sous forme pulvérulente avec du sucre de lait, deux à trois fois par jour 1 à 10 grains.

3° Chez plusieurs filles, de cinq à dix ans, qui étaient affectées de fleurs blanches, accompagnées de faiblesse de la digestion et d'une constitution lymphatique ou scrophuleuse, l'usage prolongé du café de glands uni aux bains de sel, amena la guérison de l'affection locale et de l'affection générale.

Nitrate d'argent contre les affections chroniques de l'estomac; par A. Ruef, de Bühl[1].

Le docteur Johnston ayant employé le nitrate d'argent chez un épileptique qui souffrait en même temps de dyspepsie et d'une grande irritabilité de l'estomac et des intestins, vit, au bout de plusieurs mois, les deux maladies se dissiper, d'où il conclut que l'épilepsie dépendait souvent d'une lésion de la sensibilité des nerfs du canal intestinal, et que cette maladie pouvait être guérie par le nitrate d'argent. Le docteur Ruef poursuivit les recherches sur l'action de ce médicament, et obtint les résultats suivans.

1° *Névroses de l'estomac.* L'auteur rappelle d'abord la différence entre la phlegmasie chronique de l'estomac et la gastralgie : dans la première, douleur continue avec fièvre, altération de la nutrition, chute des forces, et,

[1] *Annales de Schmidt*, T. XIII, p. 280, d'après les *Annal. de médec.*, 1836, L. 2. Cah. 1.

plus tard, altération de structure; dans la seconde, douleurs quelquefois très-vives sans fièvre, sans changement dans la nutrition; rarement lésion de structure; les douleurs sont périodiques; le traitement antiphlogistique est ordinairement sans résultat.

Un homme éprouvait, le plus souvent après avoir fait usage de vin fort, de vives douleurs dans l'estomac, qui diminuaient par la marche, par l'effet de la voiture, ou lorsqu'il était couché sur le ventre. Ces douleurs survenaient ordinairement après le dîner, surtout quand le malade avait pris du vin ou des fruits. L'appétit est très-bon, les selles normales, le sommeil calme, l'extérieur est celui d'un homme bien portant. Le nitrate d'argent fut instantanément suivi de soulagement, même après l'usage du vin; au bout de quelques jours, les douleurs disparurent tout à fait.

Dans une gastralgie qui était surtout très-forte le soir, et qui était accompagnée d'une névralgie sus-orbitaire, le nitrate d'argent fit cesser l'affection de l'estomac; la névralgie céda ensuite à l'usage de la belladone. Les deux affections ayant récidivé, l'auteur donna de chaque médicament un demi-grain matin et soir, et les guérit ainsi au bout de trois jours (La névralgie sus-orbitaire n'était-elle pas un effet de la gastralgie?). Je pourrais, dit l'auteur, rapporter beaucoup de cas semblables, dans lesquels le nitrate d'argent fut utile, tandis que les autres moyens avaient été employés sans succès.

2° *Gastralgies sympathiques.* Elles se déclarent le plus souvent dans les cas de néphrites, de rhumatismes, de grossesse, lorsqu'il existe des calculs biliaires, des indurations du foie, etc. Dans quelques-uns de ces cas, l'auteur a encore trouvé le nitrate d'argent utile.

Mme E***, de quarante-cinq ans, éprouve depuis vingt ans les signes d'une pléthore veineuse abdominale, et est affectée d'hépatite chronique avec induration: appétit irrégulier, flatuosités, constipation, vomissemens de matières non digérées, d'un goût acide; les selles sont grisâtres, et contiennent des alimens non digérés. Depuis un an, elle ressent, une heure et demie à deux heures après chaque repas, les plus vives douleurs dans l'estomac, qui l'obligent de se mettre au lit. En même temps renvois acides qui répandent quelquefois une odeur d'œufs pourris, puis vomissemens muqueux et aqueux. La douleur épigastrique augmente par la pression. Appétit assez bon, mais traits du visage décomposés, couleur terreuse de la peau. Les mercuriaux et les fondans ne faisaient plus aucun effet. On lui donna le nitrate d'argent : le dixième jour tous les symptômes avaient cédé, la malade mangeait avec plaisir, supportait ses alimens, avait des selles normales, et reprenait de l'embonpoint; en un mot, elle se trouva très soulagée.

Le nitrate d'argent n'a eu aucun succès contre les vomissemens des femmes enceintes, ni dans les cas où ils provenaient d'une hépatite aiguë. Dans un cas de sensibilité de l'estomac avec envies de vomir chez un malade atteint d'une suppuration des reins, il n'amena qu'un soulagement momentané. Au contraire, il produisit un calme bien marqué chez un phthisique qui éprouvait des vomissemens et de vives douleurs de l'estomac, symptômes qui n'avaient pas cédé à l'usage de la morphine.

3° *Inflammation chronique de l'estomac avec altération de structure.* Dans ces cas même le nitrate d'argent s'est montré efficace, quoiqu'en n'agissant que d'une manière palliative. Des malades qui éprouvaient les plus

cruelles souffrances depuis des mois entiers, furent ainsi débarrassés de leurs douleurs, et ne les éprouvèrent plus jusqu'à la mort. Même dans des cas de squirrhe du duodénum et du colon transverse, il a manifesté son action calmante; dans quelques cas il a suspendu la marche de la maladie, et l'auteur va jusqu'à penser qu'il pourrait guérir radicalement cette affection dans son origine. L'auteur traite depuis quelques années un malade atteint de cancer à l'estomac et qui ne pouvait supporter que du lait; aujourd'hui il peut supporter d'autres alimens. La douleur cesse de suite après l'emploi du nitrate d'argent, revient, au plus, au bout de plusieurs semaines, et même de plusieurs mois, mais se dissipe toujours après l'administration du même remède. L'auteur n'a jamais vu l'emploi de ce médicament suivi d'accidens, et il n'a jamais remarqué aucune coloration de la peau ni des ongles. Il le prescrit toujours en pilules, qui se composent de 10 grains de nitrate d'argent et 70 grains d'extrait de pissenlit et d'iris de Florence, de telle sorte que 2 pilules contiennent 1/2 grain de nitrate d'argent: il en donne 1 à 4, matin et soir. Le docteur Autenrieth a récemment fait de semblables essais avec cette substance, et en a aussi obtenu de bons résultats.

De l'emploi du seigle ergoté contre les écoulemens sanguins et muqueux; par le docteur Elliot, de Stockholm.[1]

Le docteur Elliot a commencé ses essais en 1835. La première observation qu'il eut occasion de faire, fut celle d'une femme de vingt-huit ans, qui, à la suite de couches, était sujette depuis trois mois à des hémorrhagies utérines continuelles. Tous les traitemens employés jusqu'alors avaient échoué. Les forces de la malade étaient épuisées, la figure pâle, le pouls faible. On fit prendre par jour 4 poudres composées chacune de 5 grains de seigle ergoté, avec 10 grains de cannelle et 1 scrupule de sucre. Au bout de six jours l'hémorrhagie avait cessé; ayant reparu huit jours après, on eut de nouveau recours au même moyen. L'écoulement cessa tout à fait, et la malade reprit rapidement ses forces.

L'auteur a employé ce remède avec le même succès dans sept cas de menstruation trop abondante, et dans trois cas d'hémorrhagie utérine chez des personnes affectées de tuméfaction considérable des ovaires. Le fait suivant prouve avec quelle rapidité agit le seigle ergoté.

L'auteur fut appelé auprès d'une veuve âgée de quarante ans, dont les ovaires avaient atteint un degré de tuméfaction tel qu'on aurait pu croire à une grossesse de sept mois. Depuis plusieurs années elle était sujette à une métrorrhée qui, après avoir cessé pendant un mois, était redevenue plus abondante que jamais. L'auteur prescri-

[1] Schmidt's Jahrbücher, t. XIV, p. 11.

vit des paquets composés de 10 grains de seigle ergoté, à prendre toutes les heures. Après la première poudre, l'hémorrhagie cessa comme par enchantement pour ne plus reparaître.

Dans un cas d'hémoptysie chez un homme de trente-deux ans, affecté d'hémorrhoïdes, l'hémorrhagie cessa à la suite de 3 poudres, de 5 grains chacune; elle reparut sept jours après, mais cessa de nouveau tout à fait après deux poudres.

L'auteur parvint à arrêter avec la même promptitude une hémorrhagie par le canal intestinal, survenue chez une femme qui était accouchée facilement un mois auparavant.

Nous rapporterons encore le cas suivant d'hémorrhagie utérine. Une fille de vingt-huit ans, d'une constitution molle et leucophlegmatique, irrégulièrement menstruée, était affectée, depuis quinze jours, d'une perte de sang considérable. Une saignée du bras et des injections froides n'avaient servi à rien, pas plus que la digitale donnée conjointement avec l'acétate de plomb. Alors l'auteur prescrivit 10 grains de seigle ergoté à prendre toutes les deux heures. Dès le premier jour, l'hémorrhagie s'arrêta. Le remède fut suspendu ; mais l'écoulement ayant reparu deux jours après, on reprit le seigle ergoté, à la dose de 10 grains, toutes les trois heures, puis toutes les quatre heures, puis seulement matin et soir. L'hémorrhagie ne reparut plus, et la malade recouvra ses forces.

Le docteur Elliot a employé ce médicament contre la leucorrhée, dans cinq cas.

Le premier concerne une femme de soixante-un ans, qui, après avoir pris sans succès une multitude de médicamens, entre autres les eaux minérales et des bains salés,

fut guérie au bout de trois semaines, par le seigle ergoté. Dans le deuxième cas, observé sur une femme de soixante-huit ans, sujette aux crampes et à la leucorrhée, le seigle ergoté agit avec un plein succès sur ces deux affections. Les trois autres cas concernent des femmes non mariées, de dix-huit à vingt-deux ans. Ici le seigle ergoté n'a eu aucune influence sur deux malades, et a paru seulement diminuer un peu l'écoulement chez la troisième.

Dans deux cas de gonorrhée, chez des hommes, cette substance n'eut aucun succès. Elle produisit chez un malade un ténesme vésical assez intense.

D'après les conseils de l'auteur, le docteur Schwartz administra ce médicament dans un cas de menstruation trop abondante, qui avait résisté aux autres moyens, et qui céda à trois doses de seigle ergoté, de 5 grains chacune.

Le cas suivant d'épistaxis a été communiqué à l'auteur, par le docteur Huss. Un homme de trente-neuf ans, qui, depuis plusieurs mois souffrait d'une ascite, fut atteint, un soir, à cinq heures et demie, d'une épistaxis abondante. Un barbier qui fut appelé, eut recours aux applications froides, aux injections astringentes, au tamponnement des narines, à l'usage interne de l'acide sulfurique, etc.: le tout sans succès. L'hémorrhagie dura toute la nuit. Le docteur Huss ayant été appelé à huit heures et demie du matin, trouva le malade dans l'état suivant: un sang décoloré s'écoulait sans cesse goutte à goutte du nez, et remplissait la bouche de caillots. Les extrémités étaient glacées, le visage décomposé, le pouls à peine sensible, intermittent, l'haleine froide, la voix tremblante; dans l'espace de quatorze heures, les moyens ordinaires avaient été employés sans succès. La saignée était contre-

indiquée, tant à cause de la perte abondante de sang que le malade avait faite, qu'à cause de la dyscrasie scorbutique. Alors on prescrivit, toutes les dix minutes, 6 grains de seigle ergoté, et l'on appliqua des cruches chaudes aux pieds. A peine la deuxième dose avait-elle été prise que l'hémorrhagie commença à diminuer; cette diminution fut plus notable après la troisième dose; alors on ne fit plus prendre le médicament que tous les quarts d'heure, puis toutes les demi-heures, puis toutes les heures. L'hémorrhagie cessa tout à fait après la dixième poudre, la chaleur revint, il ne resta plus qu'une grande faiblesse. Le malade accusa un sentiment de tension dans l'abdomen, surtout vers l'épigastre, phénomène qu'il attribua au médicament: celui-ci avait été supprimé après la dixième dose. L'hémorrhagie ne reparut plus, mais le malade mourut huit jours après, par suite des progrès de l'ascite et de l'abondante quantité de sang qu'il avait perdue.

D'après ces faits et d'après tout ce que nous savons aujourd'hui de l'action du seigle ergoté, il n'est plus douteux que ce médicament ne soit un des meilleurs moyens que nous possédions contre les hémorrhagies et, dans certains cas, contre les leucorrhées. L'auteur n'a jamais observé qu'il exerçât une influence nuisible sur l'économie. Dans un cas il produisit des vertiges; une autre fois des vertiges et du malaise; dans un troisième cas, il agit fortement sur la sécrétion de l'urine. Pendant la grossesse, il ne doit jamais être administré que dans l'intention de provoquer les contractions utérines.

Les hémorrhagies et les écoulemens muqueux sont des affections très-fréquentes, et incommodes ou dangereuses: on est donc heureux d'avoir trouvé dans le seigle ergoté un remède efficace pour les combattre, d'autant plus

qu'on peut se le procurer partout, et qu'il n'a pas les inconvéniens que présentent d'autres médicamens, les acides minéraux, par exemple, qui sont contre-indiqués dans les toux violentes. Cependant nous n'avons pas encore assez de faits qui constatent son efficacité dans les flux muqueux, c'est pourquoi l'auteur se promet de continuer ses essais, et engage ses confrères à les répéter; mais il recommande de toujours avoir soin de s'assurer de la bonne qualité du seigle ergoté que l'on emploie; c'est une circonstance indispensable, si l'on veut bien juger de son action.

MÉDECINE.

Remarques sur la Coqueluche; par le docteur Zeroni, de Mannheim.[1]

Dans ce travail, l'auteur s'attache à donner sur la marche de la coqueluche une idée plus précise que celle qu'on en a généralement. Pour y parvenir, il a observé les symptômes de cette affection dès son début, en séquestrant de suite l'enfant, afin de le préserver des circonstances extérieures, susceptibles d'exercer quelque influence sur la maladie. Voici ce qu'il a remarqué.

La coqueluche commence le plus souvent par une toux catarrhale accompagnée de coryza, et dure deux à trois semaines, sans dérangement dans les autres fonctions; alors la toux est sèche; il y a rarement vomissement. Il

[1] Schmidt's Jahrbücher, T. XIII, p. 306, d'après les *Annal. de médec.*, 1836, T. II, cah. 1.

survient ensuite une fièvre légère qui peut durer de trois à six jours, et plus longtemps; la toux devient plus forte, plus fatigante; les malades expectorent une quantité considérable d'un mucus blanc, visqueux, spumeux, mêlé souvent de sang; à cette époque surviennent fréquemment des épistaxis. Chaque accès, pour ainsi dire, est suivi de vomissement. Bientôt l'expectoration change de nature; elle devient jaunâtre, quelquefois purulente; les accès sont plus rares, la toux perd son timbre particulier, les crachats sont moins abondans, l'appétit et la gaîté reviennent. Au bout de huit semaines, la maladie se dissipe sans aucun médicament; on se borne à prescrire un régime convenable, et à faire garder la chambre.

Mais alors pourquoi la coqueluche a-t-elle quelquefois des suites si funestes? Parce que, dans son principe, la maladie est méconnue, et que les enfans, exposés à l'air, contractent facilement des pneumonies, par suite de l'extrême susceptibilité de leurs poumons. Garantir les malades de l'impression de l'air, est donc la chose la plus importante à observer, et souvent elle suffit pour prévenir l'invasion de la maladie. Chez les adolescens, lorsqu'un refroidissement coïncide avec l'explosion de la toux, il se développe bientôt une forte fièvre, la toux augmente, la poitrine est douloureuse, la respiration courte, précipitée, inégale, point d'expectoration, agitation, insomnie, constipation, urine claire et rouge. Ici les sangsues sont nécessaires; si on néglige d'y avoir recours, les symptômes s'aggravent, la peau reste sèche, l'expectoration est blanche, muqueuse, difficile. Vers le onzième jour, la chaleur paraît diminuer, l'urine devient pâle, il survient des sueurs générales, la langue se charge, se couvre quelquefois d'aphthes, les crachats deviennent purulens, il se

forme de petits ulcères sur les lèvres, et dans les narines; l'enfant meurt dans des convulsions, du quatorzième au seizième jour.

Chez les petits enfans, chez lesquels la toux avait existé sans accident pendant quatre semaines, une fièvre violente se déclare, la toux arrive à un degré voisin de la suffocation, elle reste sèche, l'oppression est forte, la respiration rapide, courte, râlante, la figure pâle, bouffie, les yeux abattus, entourés d'un cercle bleuâtre, la soif continuelle, sueurs abondantes, diarrhée, extrémités alternativement froides et chaudes. Ici le seul moyen de prévenir la mort, c'est de préserver de suite l'enfant du contact de l'air, de soutenir ses forces par du lait, du bouillon de veau ou de poulet, d'appliquer des cataplasmes sur la poitrine et sur le cou, et de donner des lavemens mucilagineux. Cependant la toux persiste encore pendant plusieurs mois.

On voit quelquefois chez les adolescens les symptômes augmenter d'intensité pendant la période de la fièvre, quoique la maladie n'ait pas été troublée dans sa marche. Dans ces cas, la poitrine est le siége de vives douleurs, le malade éprouve des élancemens dans les côtés, il crache du sang pur, la fièvre est violente, etc. Cependant les sangsues ne servent à rien, ni les antiphlogistiques, mais les cataplasmes, la diète lactée et la chaleur. La fièvre se maintient pendant trois à quatre semaines, puis l'expectoration purulente devient muqueuse, et les accidens disparaissent peu à peu.

Lorsque la coqueluche affecte des enfans rachitiques, de un à deux ans, ils sont de suite très-souffrans; dès le commencement de la maladie, leur figure est pâle, abattue; ils sont silencieux, n'ont plus d'appétit, sommeillent

presque toujours sans dormir; on voit distinctement les battemens de la fontanelle. La toux n'est pas très-forte. Au bout de quelque temps survient une amélioration apparente; mais la période fébrile augmente le mal: soif, sommeil agité, respiration accélérée et pénible, sensation du besoin de respirer qui porte le malade à tenir la bouche ouverte; l'expectoration est nulle, les vomissemens sont rares. Souvent ces enfans meurent dans des convulsions; les antispasmodiques et les fortifians ont peu de succès. Si les enfans rachitiques sont plus âgés, les refroidissemens provoquent des accidens beaucoup plus graves que chez les enfans qui jouissent, du reste, d'une bonne constitution.

La constitution lymphatique a une grande influence sur la durée et le danger de la coqueluche. Si de tels malades ne sont pas bientôt soustraits à l'influence de l'air, la fièvre prend bientôt le caractère hectique. Un traitement énergique nuirait ici, tandis que des soins assidus, des remèdes qui tendent à soutenir modérément les forces, et plus tard, quelques légers amers réussissent très-bien.

L'auteur déduit de ses observations les résultats suivans: 1° La coqueluche est une maladie sérieuse, cependant elle n'est pas de nature à être guérie par l'art, elle demande seulement à être soignée; 2° elle parcourt quatre stades: le stade catarrhal, celui de la toux confirmée, le stade fébrile et le stade de décroissance; 3° le danger, dans cette maladie, dépend de circonstances extérieures accidentelles dont les principales sont les refroidissemens et le rachitisme, ou de l'individualité du sujet; 4° c'est dans les stades catarrhal et fébrile que le danger est le plus grand, parce que c'est alors que la marche normale de la maladie est le plus facilement troublée.

Cas d'asthme thymique, par le docteur Wultzer, de Bonn[1].

Un enfant de quatre mois, robuste, qui avait été bien portant durant le premier mois qui suivit sa naissance, fut réveillé pendant la nuit, au commencement du deuxième mois, par un violent accès de suffocation. Il survint en même temps une toux sèche, courte, accompagnée, à chaque inspiration, d'un sifflement très-fin; évidemment l'air n'arrivait qu'avec peine jusqu'aux extrémités des bronches; l'enfant avait la face vultueuse, rouge, et portait la tête en arrière, pour chercher à respirer plus facilement. Quelquefois la respiration semblait s'arrêter tout à fait pendant cinq à six secondes. Les battemens du cœur étaient irréguliers, intermittens, et les extrémités froides. La durée de l'accès, qui, d'abord, n'était que de quatre ou cinq minutes, fut plus tard de vingt minutes, lorsque la maladie eut atteint son plus haut degré; il était suivi d'abattement et de tendance au sommeil. Au commencement il n'y avait qu'un accès toutes les nuits, plus tard il y en eut plusieurs dans une même nuit, et même pendant la journée. Ces accès paraissaient être provoqués par les pleurs, par l'action de téter et par la déglutition: on n'observait jamais de prodromes. L'examen de la poitrine, à l'aide du stéthoscope, ne fit découvrir aucune lésion des organes respiratoires. Quand l'enfant jouait, il lui arrivait quelquefois de tirer fortement la langue, circonstance que Kopp regarde comme un signe caractéristique de l'asthme

[1] *Annales de Holscher*, T. I, cah. 4, 1836. *Ann. de Schmidt*, T. XIII. p. 307.

thymique. Au bout de trois mois, l'enfant avait perdu en forces, mais non en volume; son visage pâle exprimait la souffrance, ses muscles étaient mous et flasques. Le traitement consista dans l'emploi de sangsues, de calomel alternant avec le sel ammoniac et le tartre stibié, de frictions mercurielles. Plus tard, on prescrivit des remèdes susceptibles d'activer l'absorption, comme la scille (1/20 de grain, quatre fois par jour), un emplâtre d'ammoniaque et d'euphorbe. Pour modérer les accès spasmodiques, on eut recours au castoréum (1/4 de grain avec 1/10 de grain de scille, quatre fois par jour). D'abord les accès diminuèrent, mais ayant repris avec une nouvelle intensité, on associa à la poudre précédente 1/20 de grain de tartre stibié. Ce traitement fut suivi d'une guérison parfaite qui dura trois mois. Au bout de ce temps, l'enfant mourut d'une hydrocéphale aiguë.

On trouva, à l'autopsie, environ 3 onces de sérosité entre la dure-mère et l'arachnoïde, et 2 onces dans les ventricules. Le thymus, vu par devant, semblait être d'une dimension normale; mais de la portion droite de ce corps naissait un prolongement de la grosseur d'une noix, qui se portait en arrière, embrassait la moitié droite de la trachée-artère et des gros vaisseaux, comprimait l'œsophage en le faisant un peu dévier à gauche, et se fixait à la partie antérieure du corps des vertèbres, par un tissu cellulaire dense et résistant. Coupé en travers, ce prolongement offrait la texture et la consistance d'un stéatôme. Le reste de la glande était normal, mais on ne pouvait plus y reconnaître la présence d'aucun suc laiteux. Le poumon était sain, et présentait seulement quelques adhérences filamenteuses avec la plèvre costale. Une adhérence semblable existait entre le cœur et le péricarde. Le diamètre des

grosses artères, à leur sortie du cœur, paraissait un peu augmenté. Les plèvres et le péricarde contenaient une petite quantité de sérosité.

Der Magen in seinem gesunden und kranken Zustande im Allgemeinen betrachtet. — L'Estomac considéré dans son état de santé et dans son état de maladie; par le docteur J. Herm. Becker. Première division, première partie: Considérations générales sur l'Estomac à l'état sain et à l'état morbide, Stendal, 1836, 8°, 488 pages.

Jusqu'à présent nous ne possédions aucun ouvrage qui contînt d'une manière complète la physiologie et la pathologie de l'estomac. L'auteur, connu par une longue pratique, a entrepris de combler cette lacune. Son ouvrage comprendra deux parties: dans la première, il considère, d'une manière générale, l'estomac à l'état sain et à l'état morbide; dans la seconde, il traitera de différentes formes, sous lesquelles se manifestent les altérations de ce viscère.

La première partie de la première division a paru l'année dernière. Le premier livre est consacré à l'étude de l'estomac, sous le rapport de sa structure, de son organisation et de ses fonctions.

Dans la partie anatomique, l'auteur n'oublie pas de mentionner les recherches faites, entre autres par les Français, sur la distinction de l'état sain et de l'état morbide de la muqueuse stomacale, considérée sur le cadavre. Dans la partie physiologique, il parle d'abord des alimens, sous

le rapport de leur composition chimique, de leur influence sur l'organisme humain, s'étend sur le besoin de prendre de la nourriture, et traite enfin de la chymification, d'après les recherches des physiologistes modernes, et, en particulier, d'après les travaux de MM. Tiedemann et Gmelin.

Le second livre contient des considérations sur l'estomac à l'état morbide. Dans la première partie, l'auteur envisage d'une manière générale les maladies de l'estomac et leurs différentes formes. Dans la seconde partie il s'occupe de la pathogénie des maladies de l'estomac. Il cherche à expliquer la disposition générale de l'estomac à contracter des maladies: 1° par sa structure, son organisation et ses rapports avec les parties voisines; 2° par ses rapports physiques; 3° par ses rapports chimiques; 4° par la force vitale de l'estomac et ses manifestations, suivant que celles-ci sont augmentées, diminuées ou perverties.

Dans le deuxième chapitre qui traite de la disposition générale à contracter les maladies, l'auteur parle de l'influence de l'âge, du sexe, de la constitution, du tempérament, de l'habitude, de l'idiosyncrasie, de l'hérédité et des causes extérieures, au nombre desquelles il compte la constitution médicale épidémique et endémique.

Dans le troisième chapitre, l'auteur étudie les circonstances qui influent sur l'état de santé et sur l'état de maladie de l'estomac, et entre autres les influences cosmiques, atmosphériques et telluriques.

Nous nous contentons d'indiquer les principaux points traités par le docteur Becker, un ouvrage de cette nature se refusant à une analyse plus détaillée.

Observations de Squirrhe du Pancréas, avec quelques réflexions sur le Diagnostic des maladies de cette glande en général; par le docteur Casper[1].

Le diagnostic des maladies du pancréas appartient aux points les plus obscurs de la pathologie. Les auteurs, d'accord sur une seule question, leur incurabilité, diffèrent sur presque toutes les autres. Il en est une surtout dont la solution est loin encore de pouvoir être obtenue. Peut-on établir un diagnostic différentiel de chacune des lésions de la glande salivaire abdominale?

Voici ce que dit avec beaucoup de sens M. le docteur Bécourt, dans son excellente dissertation sur les maladies du pancréas[2]:

« A l'égard de ces affections, les praticiens qui les ont « étudiées avec le plus de perspicacité, s'accordent sur « l'extrême difficulté de leur diagnostic, etc. Dans la plu- « part des cas, il est impossible, d'après Pemberton, de re- « connaître une affection organique du pancréas; et lors « même qu'elle a fait des progrès, c'est moins par des si- « gnes positifs que par des signes négatifs qu'on peut dé- « terminer son véritable siége. Quand nous aurons éli- « miné successivement tous les autres organes, nous au- « rons, à la vérité, acquis d'assez fortes présomptions « pour pouvoir accuser le pancréas; *mais nous manque-*

[1] Casper's Wochenschrift für die gesammte Heilkunde, 1836, N° 28, p. 441—444, et N° 29, p. 450—458.

[2] *Recherches sur le Pancréas*, etc. Dissertation inaugurale, Strasbourg, 1830, p. 74—75. Monographie complète et à la hauteur des travaux les plus récens, que nous sommes surpris de ne pas voir citée par M. Casper.

« *rons encore de caractères propres à nous faire distin-*
« *guer nettement soit son inflammation chronique, soit*
« *telle ou telle autre altération homéoplastique ou hété-*
« *roplastique.* »

Ces caractères différentiels n'ont depuis été fournis par aucun autre auteur. La lecture des observations qui vont suivre servira à confirmer la vérité de cette assertion. Mais si ces faits restent stériles, sous ce rapport, ils seront très-utiles pour apprendre à connaître, dès le principe, des maladies qui, lorsqu'une fois elles ont fait des progrès, revêtent infailliblement le déplorable caractère d'incurabilité.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Un homme de cinquante-deux ans, d'une petite taille, d'une constitution délicate, avait souffert, il y a quelques années, de crampes d'estomac opiniâtres à la suite d'une affection herpétique. Depuis plusieurs mois il était de nouveau tombé malade, et son affection se présentait avec des caractères très-sérieux. Deux mois avant sa mort, on appela M. Casper en consultation. Le malade, alors très-amaigri, les jambes œdématiées, et affecté, en outre, d'une ascite, se plaignait d'une douleur fixe et continue, s'étendant de la région ombilicale aux lombes, et rendant à la longue toute position gênante; cette douleur ne pouvait être soulagée que passagèrement à l'aide d'une application de sangsues. Face grippée et verdâtre, yeux abattus, rougeur des pommettes, langue rouge mais humide, soif intense, urine rare, ventre paresseux, répondant aux drastiques seulement, appétit nul. Tous les quelques jours le malade était pris de nausées et de vomissements, par lesquels il rendait une humeur visqueuse, analogue à de

la salive, qui venait en partie s'attacher aux dents. La distension du bas-ventre par le liquide ne permit point d'explorer les viscères contenus dans cette cavité. Les remèdes dits résolutifs furent donnés sans aucun effet. Le dernier mois, on pratiqua la paracentèse: il s'écoula le premier jour deux litres, et les jours suivants quatre litres d'un liquide lactescent. Il s'ensuivit quelque soulagement qui ne fut point de longue durée. La douleur ombilico-dorsale devint de jour en jour plus intolérable; vers la fin, le malade ne pouvait plus se coucher ni sur le dos, ni sur aucun côté, et était obligé de passer les nuits dans un fauteuil; l'appétit disparut entièrement; l'œdème et l'ascite augmentèrent considérablement, et le malade s'éteignit au milieu de l'aggravation de tous les symptômes.

Autopsie cadavérique. Cavité abdominale contenant l'humeur lactescente dont il a été question plus haut; épanchement dans les plèvres. Tous les viscères, à l'exception du pancréas, à l'état normal. Ce dernier était entièrement squirrheux à sa tête, d'un jaune rouge et d'une dégénérescence telle que la structure lobuleuse n'était plus reconnaissable; il pesait deux livres et deux onces; en arrière il était entièrement adhérent à la colonne vertébrale, et en avant aux intestins. La vésicule du fiel, de la grosseur d'un œuf de poule, était pleine d'une bile très-foncée et épaissie par son accumulation prolongée dans cette poche.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Deux ans plus tard, M. Casper eut occasion d'observer un second cas dont la marche diffère entièrement du premier. Un Français établi à Berlin, d'une structure athlé-

tique et remarquable par sa ressemblance frappante avec l'empereur Napoléon, fut pris subitement, au milieu d'une santé florissante, d'une douleur très-vive à l'abdomen qui devint aussitôt tendu; il survint des vomissemens d'un liquide bilieux, verdâtre, qui se répétaient à la moindre boisson que prenait le malade.

Le premier jour, le célèbre Heim, dont la médecine allemande déplore la perte récente, ordonna une saignée du bras. Dans la nuit, M. Casper fut appelé, et ces deux médecins entreprirent ensemble le traitement. Le malade se trouvait dans l'état suivant: constipation opiniâtre, rebelle à tous les moyens; abdomen distendu; douleur très-vive à un travers de main au-dessus de l'ombilic, se faisant sentir sans interruption, et augmentant beaucoup par la pression; le reste de l'abdomen, moins sensible; on ne pouvait pas facilement percevoir la tumeur, à cause de l'embonpoint du malade; vomissement d'un liquide verdâtre, et, comme par flots, à la moindre boisson; langue humide, chargée; soif intense, avec répugnance pour la boisson; agitation, angoisses; le malade se plaint continuellement d'étouffer; pouls à 85, ni tendu, ni dur, ni petit, ni déprimé; point de dysurie, comme dans le cas précédent. *Diagnostic très-obscur.* On se borne, pour le traitement, aux indications générales. Heim, si renommé pour la justesse de son coup d'œil, penchait pour une inflammation intestinale, et, en effet, les vomissemens continuels, la constipation opiniâtre, la douleur du bas-ventre et l'invasion subite de la maladie semblaient militer en faveur d'une phlogose abdominale; mais ce qui, selon M. Casper, devait écarter toute idée, soit d'entérite, soit de péritonite, c'était l'état du pouls, la nature du sang qui, dans aucune des trois saignées, n'avait montré de croûte phlogistique,

l'espace circonscrit occupé par la douleur, et enfin l'inefficacité des saignées générales et locales, des émolliens et des laxatifs. M. Casper crut un instant à une colique hépatique; mais la persistance des symptômes et l'intensité toujours croissante de la maladie, durent faire renoncer aussi à cette opinion. Le malade continua ainsi à souffrir pendant quatre jours et quatre nuits; le quatrième jour, après avoir bu un peu de café, il fut pris de délire, et mourut une demi-heure après.

Lors de l'*autopsie cadavérique*, faite par M. le professeur Schlemm, il ne se trouva nulle trace d'inflammation ni du péritoine, ni de l'intestin grêle, ni du colon transverse, ni du foie; tous les organes étaient sains, à l'exception du pancréas qui était induré et comme cartilagineux, du volume d'un poing, d'une couleur rouge-brunâtre, d'une structure méconnaissable, et intimement adhérent avec l'estomac et le duodénum.

TROISIÈME OBSERVATION.

Cinq ans après cette seconde observation, M. Casper rencontra un troisième cas qui lui parut d'autant plus digne de remarque qu'il avait été, pendant quinze ans, le médecin de ce nouveau malade, dont il connaissait ainsi tous les antécédens. N***, âgé de soixante ans, n'ayant jamais eu qu'une toux catarrhale pendant trente ans, sans en être grandement incommodé, fut pris un jour, après avoir mangé avec quelque avidité, de crampes d'estomac qui cédèrent aux remèdes ordinaires. Plus tard, le 11 juillet 18.., après avoir pris un bain et mangé très-vite, selon son habitude, N*** eut des vomissemens, d'abord de matières non digérées, puis d'un liquide bilieux; ces vomis-

semens durèrent toute la nuit, sans qu'aucun moyen pût les arrêter.

Le lendemain, 12, figure pâle, traits affaissés, extrémités froides, sueur froide sur le front; soif intense. Le seul mot que le malade prononce encore, c'est *à boire;* mais dès qu'il a avalé le moindre liquide, il est aussitôt pris de vomissemens d'une humeur bilieuse, noire-verdâtre; la langue est chargée, jaunâtre, le pouls dur, plein, à 136. Bas-ventre tendu, météorisé, douloureux à la région ombilicale, mais à la pression seulement; ténesme vésical; urine caillée, rare; vessie presque vide; constipation; facultés intellectuelles intactes. Une saignée, 16 sangsues, des fomentations réfrigérantes sur le bas-ventre, un bain, etc., restent sans effet; l'huile de ricin est vomie, et les lavemens rendus sans selles. Dans l'après-midi les vomissemens augmentent, et deviennent continus; le malade rend une matière grumelée, analogue à du chocolat; le soir, pouls presque insensible, subdélire. L'huile de croton tiglium en pilules produit une selle demi-liquide, mais sans aucun soulagement; la nuit, vers trois heures du matin, le malade meurt tranquillement.

Quelle avait été sa maladie? Une entérite? un étranglement d'une double hernie, dont le malade était affecté? Une rupture intestinale avec épanchement de matières dans la cavité péritonéale? Ce dernier accident paraissait à M. le docteur Casper être la cause la plus probable des symptômes observés. Il avait pensé aussi à une induration du pancréas, en comparant ce fait au précédent, avec lequel il avait, en effet, de nombreux points de ressemblance. Mais les antécédens bien connus du malade pendant quinze ans, et dont aucun ne pouvait fournir le moindre indice d'une affection pancréatique, et surtout la prédo-

minance du ténesme vésical et de l'ischurie[1], que l'auteur ne se rappelait pas avoir vu citer comme appartenant à la symptomatologie des maladies de la glande salivaire abdominale, lui firent abandonner cette idée.

Autopsie cadavérique faite trente heures après la mort, par M. le professeur Froriep. Putréfaction très-rapide, intestins pâles, ne présentant, pas plus que le péritoine, de traces d'inflammation; un peu de sérosité sanguinolente dans la cavité abdominale; estomac non enflammé: sa face interne tapissée d'une humeur visqueuse mucoso-bilieuse; foie et vésicule biliaire à l'état normal; rate petite, mais saine. Pancréas d'un volume considérablement agrandi, ayant une tête moitié grosse comme le poing, induré et gorgé de sang, d'un tissu tout à fait méconnaissable. Sa forme, d'oblongue, était devenue ronde par les progrès de l'hypertrophie. Les sacs herniaires de chaque côté étaient entièrement libres, et la vessie vide.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Mme Pl., d'une petite taille, d'un embonpoint assez marqué avait été constamment bien portante jusqu'en 1829, époque à laquelle elle ressentit les premiers symptômes d'une affection du pancréas. En 1831, cette affection prit la forme d'une cardialgie: douleur et resserrement fréquens à la région de l'estomac, nausées et vomissemens. Au com-

[1] Il est à regretter que M. Casper ne se soit pas rappelé les faits observés par Sandifort d'une induration du pancréas, trouvée sur trois individus morts d'ischurie. Voyez *Mus. anat.*, vol. I, p. 259-289; 1793, et la Thèse de M. Bécourt, p. 48. Ce dernier symptôme, loin de l'écarter de la vérité, l'aurait au contraire confirmé dans son diagnostic qu'il avait d'abord établi avec tant de justesse.

(*Note des Réd.*)

mencement de l'année 1833, augmentation des douleurs abdominales; la malade se tordait et se courbait de mille manières ; les vomissemens étaient fréquens et acides. On crut à l'existence du ver solitaire, contre lequel on employa les moyens usités, sans aucun succès. En 1834, M. Casper reçut cette malade en traitement; elle était épuisée, et dans un état de consomption, et vomissait, 6 à 8 fois par jour, un liquide muqueux acide, mais en petite quantité à la fois. On ne pouvait découvrir aucune dureté à l'abdomen, cependant une pression profonde faisait naître une douleur vive. Peu de temps après, la malade mourut dans un véritable état de marasme.

Autopsie cadavérique. Pancréas d'un volume considérable, presque de la longueur d'un pied, d'un tissu lardacé méconnaissable, ayant quatre pouces de diamètre à sa tête; le pylore également squirrheux; foie hypertrophié, et presque tous les viscères abdominaux adhérent entre eux, au moyen de fausses membranes, produit d'une ancienne inflammation.

A la suite de ces quatre observations, M. Casper en rapporte encore deux qui, par les symptômes qu'elles ont offerts, ont, avec les précédentes, la plus grande ressemblance. Le second de ces deux derniers malades a succombé, mais n'a pu être ouvert; l'autopsie n'a donc pu confirmer le diagnostic; quant au premier, il s'est rétabli. Nous admettrons difficilement qu'il ait eu un squirrhe du pancréas. Très-probablement que sa maladie n'a été qu'une simple inflammation. Mais comme elle a présenté les mêmes caractères que la dégénérescence squirrho-cancéreuse, elle fournit une preuve de plus de l'identité des symptômes dans les différentes affections de la glande salivaire abdominale.

De ces faits, M. Casper conclut d'abord, sous le rapport de la prédisposition, que le sexe masculin et l'âge mûr sont le plus exposés à la dégénérescence squirrho-cancéreuse du pancréas; en effet, sur les six malades de M. Casper, on compte cinq hommes, et le plus jeune est âgé de quarante-cinq ans. Cette proportion est la même que celle observée par le docteur Bigsby, auteur de la monographie la plus récente sur les maladies du pancréas[1]. Sur 28 cas, rapportés par ce médecin, il y a 16 hommes, et 14 de quarante ans et au delà.

Des 4 malades, dont l'autopsie a été faite, aucun n'a présenté la dégénérescence squirrheuse à l'état d'ulcération. M. Bigsby compte également 17 cas sur 28, où la maladie n'avait pas encore atteint la période de ramollissement. Voici comment M. Bécourt cherche à expliquer ce fait: « Cette disposition (l'ulcération du pancréas) s'est rare- « ment rencontrée sur les cadavres, peut-être parce que « le squirrhe avancé entraîne la désorganisation des vis- « cères nobles qui environnent cette glande, avant que « l'ulcère ait eu le temps de se former; cependant on en « trouve quelques exemples[2]. »

Quand une partie seulement du pancréas est malade, c'est ordinairement la tête qui est le siége de l'altération. Cette partie tuméfiée presse sur le duodénum, de manière à obstruer le conduit cholédoque; il peut en naître alors une maladie du foie. C'est par cette disposition que s'explique, chez le premier des malades de M. Casper, la distension de la vésicule du fiel et l'accumulation de cette humeur dans son réservoir. Cette circonstance, et les

[1] *Edinb. Méd. and surgic.-Journal, Juli* 1837, p. 87.

[2] Ouvrage cité, p. 61.

symptômes hépatiques auxquels elle donne nécessairement lieu, ajoutent encore à l'obscurité du diagnostic des maladies du pancréas. Cependant l'imperméabilité du conduit cholédoque n'est pas constante, ainsi qu'on le voit dans les observations III et IV, où la vésicule biliaire a été trouvée vide.

Le canal de Wirsung est ordinairement obstrué; il l'est constamment quand c'est la tête du pancréas qui est malade.

Sur 4 autopsies, on a trouvé 3 fois le pancréas seul altéré, et tous les autres viscères à l'état normal; cette observation coïncide parfaitement avec celles de M. Bigsby qui, sur 28 malades, n'a pas trouvé une seule altération de l'encéphale ou des organes thoraciques; dans 8 cas, le pancréas seul était malade, et les autres viscères abdominaux sains.

Les maladies du pancréas peuvent donc exister d'une manière idiopathique, indépendamment de toute lésion d'un autre organe; mais comme elles peuvent donner lieu à des affections abdominales consécutives très-graves, voire même à l'ascite, il importe d'en fixer le diagnostic, surtout à leur début. Examinons s'il existe à cet égard quelques signes qui puissent nous guider.

On a donné comme le signe le plus certain, *une douleur dans le voisinage du pancréas*. Ce symptôme manque, en effet, rarement, et il s'est rencontré dans toutes nos observations. La douleur occupe ordinairement le milieu de la région épigastrique, où elle se fait sentir profondément; quelquefois même elle part du dos, s'étend dans le bas-ventre, sous forme de colique, et s'irradie parfois jusque dans le thorax. La réplétion de l'estomac par des aliments, ou du colon transverse par des matières fécales,

l'augmente; souvent une pression extérieure, même forte, peut ne point l'exaspérer; mais cela a constamment lieu quand on sent la tumeur à travers les parois abdominales.

Un second signe de l'existence d'une maladie du pancréas, c'est la *tuméfaction de l'organe.* Ce caractère, quoique constant, n'est pas toujours sensible à l'exploration extérieure; on répète, il est vrai, dans la plupart des *Traités* ou monographies, que rien n'est plus facile; c'est ainsi que M. Bécourt[1] dit que l'exploration par le toucher ne présente communément de difficulté à aucune époque de la maladie. Mais l'observation est contraire à cette assertion. M. Casper n'a pu palper la tumeur chez aucun de ses malades; et M. Bigsby quatre fois sur quinze seulement.

Le symptôme le plus caractéristique, selon M. Casper, c'est le *vomissement.* Il est le seul constant, et n'a manqué chez aucun de nos malades. Ces vomissemens, dans le principe, bilieux, plus tard consistant communément en une humeur analogue à de la salive grumeleuse, d'une couleur louche, surtout quand ils coïncident avec une constipation opiniâtre et une douleur profonde au milieu de la région épigastrique, indiquent toujours une affection pancréatique.

La constipation s'est rencontrée chez tous les malades de M. Casper; elle a résisté aux purgatifs, et quelquefois même aux drastiques; dans aucun cas il n'y a eu de diarrhée.

Les autres symptômes, comme la fièvre, l'émaciation, une soif intense, l'inappétence, etc., varient et n'appartiennent pas exclusivement aux maladies du pancréas.

[1] Ouvrage cité, p. 77.

Lorsque ces caractères sont réunis, et qu'on est parvenu à exclure les signes d'une affection de l'estomac, des intestins, du foie, etc.; quand le malade se plaint d'une douleur profonde ou d'un sentiment de pesanteur à la région ombilicale ou dans le dos; lorsqu'il est pris de vomissement après le manger, mais non point après le premier morceau, tout en conservant encore de l'appétit, et en ayant des selles naturelles dans le principe; quand, au milieu d'une santé florissante en apparence, il commence à maigrir, et à avoir de la fièvre: on peut, avec quelque assurance, pronostiquer une affection du pancréas. Mais de quelle nature est-elle? Ainsi que nous l'avons dit, au commencement de cet article, tous ces symptômes appartiennent en commun à toutes les maladies de la glande salivaire abdominale; et si les observations de M. Casper peuvent servir à éclairer le diagnostic des lésions du pancréas en général, elles laissent dans la même obscurité le diagnostic différentiel. Néanmoins, les faits recueillis par le médecin de Berlin sont d'une grande importance, en ce qu'ils tendent à fixer, dès leur début, le diagnostic de maladies qui, trop souvent reconnues trop tard, échappent alors à toutes les ressources de l'art.

CHIRURGIE.

Sur l'extirpation partielle ou totale de la langue; par le docteur F. Reiche[1].

Dans l'extirpation partielle d'une langue trop longue, l'auteur fait une incision angulaire, de manière à tailler deux lambeaux latéraux. Pour cela, il enfonce, à une distance suffisante de la pointe de la langue et sur la ligne médiane, un bistouri droit à travers toute l'épaisseur de cet organe, et le tire, d'un trait rapide, vers le bord droit, puis vers le bord gauche de la langue. Si celle-ci est non-seulement trop longue, mais aussi trop large, le triangle doit être d'autant plus long. Les lambeaux sont réunis par des points de suture, ce qui contribue à arrêter promptement l'hémorrhagie. L'auteur se sert, pour cela, de fils de plomb qu'il trouve plus avantageux que les autres; au bout de quatre jours, on coupe ces fils, et l'opéré est regardé comme guéri. L'auteur emploie le même procédé dans les cas de cancer ou de tumeur siégeant à l'extrémité de la langue. Lorsque le mal est circonscrit et occupe un bord de la langue, sans en dépasser le tiers, il faut emporter la partie malade au moyen d'un scalpel convexe, par une seule incision demi-elliptique, en procédant d'arrière en avant. L'hémorrhagie, qui est ordinairement très-abondante, s'arrête facilement par de l'eau froide, du vinaigre, et, mieux encore, au moyen d'un

[1] Annales de Schmidt, T. XIV.

morceau de glace. Si quelque vaisseau donnait, il faudrait le saisir et le tordre avec une pince. Si presque toute une moitié de la langue est malade, il faut diviser cet organe dans toute sa longueur, par une incision faite d'arrière en avant, puis séparer la partie malade par une incision transversale. Quelque violente que soit d'abord l'hémorrhagie, elle cède à l'emploi de l'eau froide, ou, s'il est nécessaire, du fer rouge.

Lorsqu'on enlève des tumeurs érectiles, l'hémorrhagie est si violente, qu'il n'y a que l'emploi rapide et énergique du fer chaud qui puisse l'arrêter. L'auteur a réussi plusieurs fois, dans des hémorrhagies qui mettaient la vie des malades en danger, à les faire cesser promptement par ce moyen. Mais il faut, dit-il, beaucoup d'adresse, de sang-froid et de promptitude, de la part de l'opérateur, car le fer se refroidit bien vite par le sang dont la bouche est remplie. Il faut, pour éviter cet inconvénient, et pour agir promptement, toucher la partie saignante avec un cautère chauffé à blanc, auquel on imprime un mouvement de rotation rapide. Plus on met de célérité dans ce procédé, plus l'hémorrhagie s'arrête promptement.

L'*extirpation totale de la langue* peut être nécessitée par un squirrhe, un cancer ou une tumeur érectile qui aurait envahi la totalité de l'organe. Lorsqu'on a protégé les parties voisines, et qu'on a peu à peu tiré la langue au dehors, avec une pince à polype, de manière que sa racine réponde à la rangée des dents, on tranche la langue dans toute son épaisseur, avec un bistouri convexe, en tournant rapidement le tranchant en avant, afin de séparer la langue de ses adhérences avec le plancher de la bouche.

Ici encore il faut cautériser promptement pour arrêter

l'hémorrhagie qui est des plus fortes; on détruit, en même temps, le tissu cellulaire, ordinairement malade, de la paroi inférieure de la bouche. L'auteur fait ici la remarque que dans ces sortes d'opérations, il est inutile de maintenir la bouche ouverte par des bouchons de liége ou par d'autres moyens; le malade craint lui-même de la fermer, de peur d'être blessé.

L'auteur termine son travail par l'histoire d'une opération pratiquée sur une petite fille de deux ans et demi, atteinte de télangiectasie de la langue. Celle-ci ne remplissait pas seulement la bouche, mais elle pendait au dehors jusque sur le menton. La maladie des vaisseaux embrassait plus des trois quarts de la langue, ainsi que les parties latérales et inférieures. Les incisives et les canines inférieures étaient émoussées et déjetées en avant. La parole consistait en une sorte de grognement; la déglutition ne se faisait qu'avec beaucoup de peine. L'auteur extirpa la langue de la manière indiquée plus haut. L'hémorrhagie fut rapidement arrêtée par le cautère actuel, mais, comme on ne put suffisamment protéger les parties voisines, à cause du peu de place qu'on avait pour opérer, celles-ci éprouvèrent une brûlure du troisième degré. L'hémorrhagie parenchymateuse de la paroi inférieure de la bouche fut apaisée par l'eau de Binelli. Les douleurs furent très-intenses les premiers jours qui suivirent l'opération. Cependant les escharres tombèrent vers le dixième jour, et l'opérée put sortir au bout d'un mois. L'auteur a revu souvent cet enfant. Les dents déformées ont été remplacées par des dents droites; la bouche s'est rétrécie, et l'enfant prospère. Il parle distinctement, seulement il ne peut articuler certaines consonnes linguales, et les remplace par d'autres. Ce qu'il y a de remarquable,

c'est l'effort de la nature pour remédier à cette désorganisation. La langue ayant été séparée près du trou borgne, il ne restait qu'un petit tronçon ; cependant les granulations qui se sont développées, se sont jointes aux bourgeons charnus provenant de la paroi inférieure de la bouche, de telle sorte que le tronçon s'est allongé et s'est transformé en un petit moignon qui favorise la déglutition, sans paraître avoir beaucoup d'influence sur la parole.

Lésion remarquable des parties génitales, avec arrachement du cordon spermatique, suivie de guérison; par le docteur GADERMANN.

Au mois de juillet 1827, un paysan voulant attacher un taureau furieux, fut saisi entre les cuisses par les cornes de cet animal, et lancé en l'air à une grande hauteur. Le blessé put encore faire quelques pas, et perdit beaucoup d'urine et de sang. Des gens étant venus à son secours, trouvèrent par terre un testicule auquel était attaché un cordon spermatique, long d'environ quatre pouces. On conduisit le blessé par un chemin raboteux, jusqu'à sa demeure, située à trois quarts de lieue de là, et l'on fit chercher à une lieue de distance le docteur Gadermann qui accourut aussitôt auprès de ce malheureux. Il était tellement affaibli qu'il pouvait à peine se faire entendre ; le visage pâle, décomposé ; le front et les extrémités couverts d'une sueur froide; le nez effilé; les lèvres bleues, tremblantes ; le pouls à peine perceptible. Le scrotum tout entier avait été arraché, ainsi que le dartos ; le testicule gauche pendait à dé-

couvert; ses enveloppes, et même sa membrane propre, étaient déchirées çà et là. Le testicule droit, avec son cordon spermatique, manquait entièrement; d'après toutes les apparences, ce cordon devait avoir été arraché très-haut. L'urèthre avait été fendu longitudinalement, depuis la prostate jusqu'aux corps caverneux, et pendait en lambeaux. Ainsi l'urine s'écoulait hors de la plaie; mais comme le sphincter de la vessie était resté intact, l'émission de ce liquide avait lieu spontanément. Ces désordres avaient dû entraîner la lésion d'un grand nombre de vaisseaux; cependant lorsque le docteur Gadermann arriva, l'hémorrhagie avait cessé. — Le pronostic ne pouvait être que très-fâcheux, d'autant plus que le malheureux était déjà avancé en âge, et d'une santé assez débile. On ne pouvait songer à lier les vaisseaux, car, malgré toutes les recherches, on ne put les trouver au milieu des lambeaux de chairs qui formaient les bords de cette énorme plaie. Les indications se bornaient donc à prévenir autant que possible les hémorrhagies consécutives et la gangrène des parties, à appliquer un bandage simple, et à relever les forces. En conséquence, l'auteur commença par nettoyer la plaie, afin de tâcher de trouver l'orifice des vaisseaux déchirés; mais à peine avait-il commencé cette recherche, que le malade épuisé sembla rendre le dernier soupir. L'auteur ne se laissa pas effrayer; il fit faire des lotions vineuses et des frictions sur les extrémités, et ayant rappelé le malade à lui, il parvint à lui faire avaler quelques gouttes de vin; il put, dès lors, continuer le pansement. Pour prévenir les hémorrhagies, il tamponna le canal inguinal avec des morceaux d'éponge, recouvrit la plaie d'un gâteau de charpie enduit de cérat, et fixa le tout à l'aide de bandelettes agglutinatives et d'un bandage approprié. A l'inté-

rieur, le malade reçut du quinquina avec des extraits amers, ainsi que du vin et des bouillons fortifians. — Le lendemain, le malade se trouvait mieux. La chaleur revint, le pouls reparut, la fièvre fut modérée; il n'y avait pas eu d'hémorrhagie, l'urine s'écoulait par la plaie. On introduisit une sonde dans la vessie; du reste, on ne changea rien au traitement. Au bout de quelques jours, les débris du scrotum se sphacélèrent; la plaie, pansée avec de la charpie trempée dans une décoction de quinquina et avec un onguent digestif, prit bientôt un bel aspect. Le malade allait très-bien; seulement les pieds, qui étaient déjà œdématiés avant cet accident, se tuméfiaient tous les jours davantage, si bien que l'enflure atteignit jusqu'à la région inguinale. On continua la décoction de quinquina et le pansement avec l'onguent digestif; on supprima les fomentations lorsque la plaie fut nettoyée. Les suites de ce traitement furent des plus heureuses : peu à peu le côté gauche du scrotum se régénéra; il se forma autour du testicule une nouvelle enveloppe; la plaie de l'urèthre se rétrécit au point qu'il ne resta plus qu'une très-petite ouverture par laquelle le malade urinait facilement, à volonté, et même par jet. Cette fistule le gênait si peu qu'il demanda instamment à la garder. L'œdème des extrémités disparut, les forces revinrent; en un mot, vers la fin de septembre, cet homme, que l'on regardait généralement comme perdu, se trouva parfaitement rétabli.

Malgré les nombreuses guérisons de plaies des organes génitaux consignées dans les annales de la science, ce fait n'en est pas moins très-remarquable par la gravité de la blessure et l'étendue des désordres produits par cette lésion. Il fait voir combien sont grandes les ressources de la nature, lorsqu'elle est soutenue par un traitement simple,

et surtout lorsqu'elle n'est pas contrariée dans ses efforts. (*Annales* de Schmidt; t. XIV, p. 204, d'après le *Journal* de Græfe et Walther; t. XXII, 4e cah.)

ACCOUCHEMENTS.

A practical Treatise on Midwifery, containing the result of sexteen thousand six hundred and fifty four Births, occurring in the Dublin Lying-in-hospital during a period of seven years, commencing, november 1836. by ROBERT COLLINS, m. d. London, Longman et Compe, 1836; 8°, 526 pag.

Ce livre n'est pas un *Traité dogmatique d'accouchement*, mais une sorte de rapport sur ce qui s'est passé à l'hôpital de la Maternité de Dublin pendant une période de sept années. Dans l'espace de soixante-dix-sept ans 130,000 accouchements eurent lieu dans cet établissement, et dans l'espace de sept années, sous la direction de M. Collins, il s'en fit 16,654.

On peut regarder le livre de M. Collins comme un traité clinique à l'instar de l'ouvrage de Mme Lachapelle. Sous le rapport pratique, cet ouvrage donne la mesure de l'état de l'art dans les îles britanniques.

Un extrait des différents chapitres de ce livre fera connaître l'esprit dans lequel il est rédigé, et l'ensemble peut donner une idée de la pratique des accoucheurs anglais.

Accouchement naturel. Les soins hygiéniques que l'on donne à la femme pendant l'accouchemeut, méritent une grande considération. M. Collins conseille un air pur, des vêtemens légers, des alimens simples et une diète plutôt rafraichissante qu'échauffante. Il recommande de bien soigner les excrétions alvine et urinaire, et de donner, *dans tous les cas, un purgatif,* dès le commencement du travail.

Pour préserver le périnée de la rupture dont il est menacé dans le moment où la tête franchit la vulve, l'auteur recommande de le soutenir en exerçant une légère pression en avant, et, lorsque l'expulsion a lieu, de faire écarter par un aide (dans le décubitus latéral gauche généralement usité en Angleterre) le genou droit du genou gauche afin de faciliter la distension du périnée.

Accouchemens longs et difficiles. Pour l'auteur, il n'y a d'indication à agir que lorsque la mère est menacée d'un grand danger, ou se trouve déjà dans une pareille position. L'enfant n'est pas pris en considération. Vingt-quatre fois seulement on a appliqué le *forceps*, sur 16,414 accouchemens. La proportion est donc de 1 sur 608; par conséquent, plus favorable encore que celle annoncée par Bœr de Vienne qui, sur 996 accouchements, l'a appliqué 2 fois; trois fois on a eu recours au *levier.*

D'après cela, on serait presque tenté de croire qu'en Irlande les bassins sont plus larges que dans d'autres pays. Mais pour condition essentielle de l'application du forceps, M. Collins établit qu'il faut que *la tête se trouve dans l'excavation, presse sur le périnée,* et *que l'on puisse atteindre l'oreille.* Toute disproportion entre la tête du fœtus et le bassin, toute position plus élevée de la tête que celle indiquée, doit être une *contre-indication* pour l'usage de cet instrument.

L'auteur rejette, par conséquent, le forceps, justement dans les cas où il peut réellement être d'une grande utilité.

Denman, Burns, Merriman établissent aussi que *la tête doit toucher le périnée.*

Dans 79 cas où l'on fit la perforation du crâne, 6 fois seulement on avait essayé du forceps. Quinze de ces femmes moururent. Ainsi on proclame qu'on n'a appliqué le forceps que 24 fois sur 16,414; mais 79 fois on a fait la perforation du crâne.

Accouchemens par la face et face tournée contre les pubis. Trente-trois accouchemens par la face ont été observés par l'auteur; tous se sont terminés sans le secours de l'art. Quatre enfans sont venus morts au monde.

Sur 12 cas de positions occipito-postérieures, 6 enfans sont venus morts au monde; 4 *fois* on a été obligé d'employer les crochets. La réduction de ces positions est rejetée.

Accouchement par les fesses. Sur 242 accouchemens par les fesses, 73 enfans sont venus morts au monde. On ne connaît pas l'usage du forceps lorsque la tête est arrêtée au passage.

Positions des pieds. Sur 127 enfans ainsi nés, 62 étaient morts, 41 présentaient des signes de *putréfaction.*

Positions des épaules et des bras. Pour faire la version, on doit porter la main le long des pubis, et dans la direction du nombril (cela se conçoit lorsque la femme est couchée sur le côté), parce que les pieds de l'enfant se trouvent ordinairement en avant. Il suffit d'attirer un pied. Lorsque les eaux sont écoulées depuis longtemps, la matrice fortement contractée et le fœtus engagé dans le bassin, on doit se garder de faire des essais de version. L'auteur conseille, lorsqu'il y a des signes certains de la mort du fœtus, d'ouvrir la poitrine et de la vider, de perforer en-

suite le diaphragme, d'appliquer un crochet sur le bassin du fœtus et de faire ainsi la version.

On n'a observé que 40 positions transversales. Dans 6 cas on ouvrit le thorax. Vingt enfans ne donnaient plus aucun signe de vie. Une fois la version s'est effectuée spontanément.

Hémorrhagies. Celles qui sont l'effet de l'implantation du placenta sur l'orifice sont inévitables. On ne doit pas terminer l'accouchement avant que l'orifice ne soit bien préparé. L'auteur ne paraît pas connaître le tampon. On a observé 11 cas de présentation de placenta, au nombre desquels se trouve le suivant.

Une femme fut apportée à l'hôpital, dans un état de faiblesse considérable; son pouls était très-fréquent. Le fœtus présentait les pieds. On en fit l'extraction; il était en putréfaction. La matrice resta inerte. Quand on voulut délivrer, on ne trouva pas de placenta. Depuis quatorze jours les eaux étaient écoulées; pendant tout ce temps, il y avait eu une perte plus ou moins abondante. Plus tard, on apprit que le placenta était parti la veille de l'entrée de la femme à l'hôpital. Le treizième jour cette accouchée se trouva si bien qu'elle quitta l'établissement.

Dans les hémorrhagies accidentelles, l'auteur conseille le procédé de Puzos, de préférence à l'accouchement forcé recommandé par Burns.

Afin d'éviter l'hémorrhagie après l'accouchement, on doit faire observer une diète rafraîchissante, et surtout abandonner complétement l'expulsion du fœtus à la nature afin que la matrice se vide insensiblement. L'auteur recommande aussi le procédé de Clarke, qui consiste à appliquer une main sur le fond de l'utérus, à le suivre à mesure que l'expulsion du fœtus se fait, et à exercer en-

core une certaine pression après, dans la vue d'obtenir une constriction permanente de la matrice. C'est ainsi, dit Clarke, que l'on évite la rétention du placenta, les hémorrhagies et les tranchées utérines.

L'auteur fait beaucoup de cas d'un bandage de corps après l'accouchement (comme tous les Anglais; ils veulent même qu'on l'applique dès le commencement du travail) pour obtenir une contraction durable de l'utérus. Cette ceinture doit consister en une double flanelle, dont on entoure la partie la plus inférieure du ventre, en y comprenant le bassin; et lorsqu'il y a une hémorrhagie, on doit placer sous cette ceinture plusieurs linges épais, pour exercer une plus forte compression sur la matrice.

L'expulsion de l'arrière-faix a été obtenue plusieurs fois par l'emploi du seigle ergoté. Ce médicament, d'après l'observation de l'auteur, ralentit presque toujours sensiblement la circulation.

Il n'est pas question des injections dans le cordon, d'après Mojon.

La pratique ordinaire de M. Collins, dans les cas de difficulté de l'expulsion de l'arrière-faix, consiste à employer la compression de l'utérus, des fomentations froides, des douches, l'introduction de la main dans l'utérus, des lavemens froids d'eau et de Portwine. Si, au bout de deux heures, le délivre n'est pas expulsé, il faut l'extraire.

Convulsions. L'auteur les a observées presque exclusivement chez des primipares jeunes et très-pléthoriques, la plupart d'une taille courte et épaisse (à constitution apoplectique). Une seule fois, sur 48,379 accouchemens, les convulsions se sont déclarées chez une femme dont l'enfant se présentait transversalement; ce qui prouve que ceux

qui ont regardé cette position comme cause d'éclampsie se sont trompés.

Sous la direction de M. Collins (sur 16,654 accouchemens), l'éclampsie fut observée 30 fois, et 29 fois sur ce nombre chez des primipares, et la seule femme qui accouchait pour la seconde fois, avait aussi été prise de convulsions lors de ses premières couches. Dans 6 cas, on employa le forceps; dans 8, on fit la perforation du crâne.

Du reste, l'auteur paraît ne pas avoir séparé les affections convulsives ordinaires de l'éclampsie proprement dite, qui a son aboutissant au cerveau : distinction cependant essentielle pour le pronostic. Il n'est pas fait mention d'un signe caractéristique indiqué par Wigand, la douleur précordiale.

Pour les combattre, on a employé des saignées copieuses. Dans un cas, 40 jusqu'à 50 onces de sang furent tirées en une fois. Puis des purgatifs et l'application de la glace sur la tête. L'auteur recommande particulièrement le tartre stibié. Il prévient contre la précipitation de l'accouchement, et croit que le forceps ne convient pas souvent. Quand les accès continuent après l'accouchement, on ne doit plus faire de saignées, mais donner de l'opium et l'unir quelquefois au tartre stibié ou au calomel.

L'auteur n'est pas de l'avis de Denman et de Ramsbotham, qui pensent que l'éclampsie qui continue après l'accouchement est le plus souvent mortelle. Peut-être entend-il parler de la forme la plus simple, car l'éclampsie apoplectique est très-dangereuse.

Déchirures de la matrice et du vagin. Quarante-trois cas se sont présentés pendant la gestion de M. Collins. Deux de ces cas se terminèrent d'une manière heureuse. Dans l'un, on remarqua, après avoir retiré le placenta, une rupture

de la paroi postérieure du col de l'utérus. On employa des sangsues, des bains, des fomentations chaudes, des purgatifs, et la femme sortit de l'hôpital le trente-deuxième jour. Dans le second cas, la rupture s'était également faite au col; des portions d'intestin s'y étaient engagées, on fut obligé de les repousser. Le traitement fut le même. Le quinzième et le seizième jour il partit un pus de mauvaise nature par le vagin. La femme guérit et accoucha plus tard encore deux fois, une fois prématurément (l'accouchement fut provoqué avec intention), la seconde fois à terme.

Dans 3 cas, le forceps fut employé (l'indication la plus pressante consiste à extraire l'enfant, et cependant l'auteur dit que le forceps est rarement applicable; il craint qu'on ne repousse la tête); mais dans aucun de ces 3 cas, l'extraction de la tête ne put être opérée avec l'instrument: il fallut faire la perforation du crâne.

Dans plusieurs cas, la rupture ne fut reconnue qu'après l'accouchement; une fois, seulement le cinquième jour.

Dans cette division, il est aussi fait mention d'un cas de vagissement utérin, ou de respiration dans l'utérus après l'écoulement des eaux.

Jumeaux. Proportion gardée, les naissances de jumeaux sont fréquentes en Irlande. D'après des relevés authentiques, il y a 1 accouchement de jumeaux en France sur 95, en Allemagne sur 80, en Angleterre sur 92, en Écosse sur 95, en Irlande sur 62. Souvent on reconnut longtemps avant l'accouchement l'existence de jumeaux, au moyen de l'auscultation.

L'auteur ne veut pas que l'on fasse, dans les accouchemens de jumeaux, l'extraction du second enfant immédiatement après la sortie du premier; cependant il con-

seille de ne pas attendre trop longtemps, parce que le second fœtus risque de périr, si on ne le fait naître à temps. Il veut que l'on perce l'œuf du second jumeau, une demi-heure après la sortie du premier, et si deux heures après il n'est pas expulsé, on doit faire l'application du forceps ou l'extraction par les pieds, suivant que l'enfant se présente par la tête, par les pieds ou en travers.

Plusieurs femmes sont arrivées à l'hospice après être accouchées d'un premier jumeau sur la voie publique. Elles ont été délivrées du second dans l'établissement. Une d'entre elles accoucha du premier enfant à un mille anglais de la ville, et se rendit ensuite à pied à l'hôpital, où elle se débarrassa du second.

Le nombre total d'accouchemens de deux jumeaux qui se sont faits sous la direction du docteur Collins, s'est élevé à 240.

Trijumeaux. Quatre cas ont été observés. Dans l'un, les deux premiers enfans furent extraits au moyen du forceps, le troisième par la version sur les pieds. Les trois enfans ont vécu. Un seul des neuf autres enfans resta en vie.

Prolapsus du cordon ombilical. L'auteur déplore avec raison l'insuffisance des moyens à notre disposition, pour écarter le danger qui résulte pour l'enfant de ce fâcheux accident. Sur 4 enfans, on ne put en sauver qu'un: proportion, à la vérité, très-défavorable. On sauve beaucoup plus d'enfans en France; mais, d'après l'opinion de l'auteur, ce serait aux dépens de la santé des mères..

L'auteur rejette la version dans la plupart des cas de prolapsus du cordon; le forceps lui-même (sans doute le forceps anglais) est rarement indiqué. La meilleure manœuvre, suivant lui, consiste à repousser le cordon dans

la matrice, au moyen des doigts, quelquefois avec une éponge. On a aussi essayé de la sonde en gomme élastique.

M. Collins critique (et bien certainement à tort), le conseil donné par Denman, Burns et par tous les meilleurs auteurs d'abandonner l'accouchement à la nature, lorsque l'enfant est mort, c'est-à-dire, lorsqu'il n'y a plus de battemens du cordon. Il veut que l'on fasse la perforation du crâne.

Fistule vésico-vaginale après l'accouchement. Un seul cas de ce genre fut observé dans le service de l'auteur, et cela chez une femme qui avait déjà été délivrée plusieurs fois très-difficilement. M. Collins pense que rarement cette incommodité dégoûtante est la suite d'une pression prolongée de la part de la tête du fœtus, si l'on a eu soin de vider la vessie pendant un accouchement long. La perforation doit avoir, dans ces cas, un grand avantage sur les tractions exercées avec le forceps.

Remarques sur la mortalité des accouchées. D'après Baudelocque, la proportion de la mortalité des femmes à l'hôpital de la maternité était de son temps comme 1 à 24. Elle a même été comme 1 à 13 ou 14, en 1829. Sur 17,308 accouchées, il en mourut 700 d'après les relevés de Baudelocque.

M. Collins sur 16,414 n'en perdit que 164, par conséquent 1 sur 100. Et la proportion paraîtra bien plus favorable encore si on défalque du nombre total les femmes mortes *de maladies accidentelles* qui n'avaient aucun rapport avec l'état de puerpéralité. A cette occasion, l'auteur fait remarquer que, dans aucune autre partie de la médecine, le bien ou le mal qui arrivent à la femme ne dépendent autant de la manière de procéder du médecin.

Fièvre puerpérale. L'auteur fait observer que la

fièvre puerpérale épidémique s'est déclarée plusieurs fois simultanément dans plusieurs localités très-éloignées les unes des autres. Ainsi elle régnait, en 1819, à Vienne, à Dublin, à Glasgow; en 1829, à Paris, à Londres, à Dublin. Lorsque le typhus règnait en ville, ou que l'on y observait beaucoup d'érysipèles, la fièvre puerpérale se déclarait facilement à l'hôpital, et cela évidemment *par contagion.*

L'auteur a observé (et cette remarque a été souvent faite) que ce ne sont pas, comme on le croit communément, les femmes dont le travail de l'enfantement a été long, qui sont plus sujettes à la péritonite puerpérale. La plupart de ses malades étaient accouchées en une heure, deux heures au plus.

Comme moyen prophylactique, on avait employé, avec avantage, sous la direction de Clarke, le badigeonnage. Sous M. Collins, le lavage avec du chlore liquide (solution de chlorure de chaux) fut d'une grande utilité; car, après cette opération, sur 10,785 accouchées, 58 seulement moururent de fièvre puerpérale.

L'auteur explique la diversité des traitemens conseillés par les praticiens, par la diversité de forme et de caractère de la maladie. La forme la moins dangereuse, suivant lui, c'est l'inflammatoire pure que l'on rencontre le plus fréquemment dans la pratique civile. Dans les hôpitaux, la maladie prend facilement le caractère typhoïde avec un pouls si petit qu'on ose à peine appliquer des sangsues. L'état de quelques malades était à comparer, sous plusieurs rapports, à celui des cholériques.

Il paraît très-important à l'auteur que le médecin soit appelé de très-bonne heure auprès de la malade. En conséquence, aussitôt que la maladie s'était déclarée à l'hôpital,

au lieu de faire la visite deux fois par jour, on la faisait toutes les six heures. Très-souvent on administra avec avantage, dès le commencement, l'huile de ricin et l'huile de térébenthine, de chaque une *demi-once*. Cette médication soulageait, et souvent promptement, surtout lorsqu'il y avait une forte tympanite. Dans ce dernier cas, on répétait quelquefois le mélange.

Quand le pouls le permettait, on ouvrait la veine. Dans les hôpitaux, les sangsues sont plus souvent indiquées. On en a appliqué quelquefois 3 jusqu'à 4 douzaines, et après la chute des sangsues, on mettait la malade dans un bain. Si la malade était très-affaiblie par la perte de sang, on lui appliquait des fomentations chaudes sur le ventre (aussi chaudes que possible), que l'on changeait souvent. Plus tard, on donnait quelquefois encore un bain. Au bout de quatre à six heures, on répétait les sangsues, et le bain, suivant que la douleur l'exigeait, et que l'état des forces le permettait. Souvent on appliqua 10, 12, 14 et même 16 douzaines de sangsues dans le cours d'une même maladie. Dans l'intervalle on cherchait à mettre la femme le plus promptement possible sous l'influence du mercure. Ceci était dans beaucoup de cas très-difficile et même impossible, parce que le système lymphatique refusait ses services. Sous forme d'essai, on eut même recours aux fumigations mercurielles.

Ordinairement on donnait 4 grains de calomel avec autant d'ipécacuanha, toutes les deux, trois ou quatre heures. Lorsque l'ipécacuanha n'était pas supporté, on le remplaçait par un quart de grain d'opium; ce qui était cependant rarement nécessaire, parce que la deuxième ou la troisième dose d'ipécacuanha était ordinairement bien supportée. Il agissait le mieux quand il ne provoquait pas le

vomissement, et paraissait prévenir l'irritation des intestins par le calomel (employé comme correctif). Le calomel fut quelquefois donné à de très-fortes doses. Plusieurs malades prirent successivement 3, 4, 500 grains dans le le cours d'une maladie, et même plus. Chez quelques-unes on employa encore, dans la vue de mercurialiser plus vite, des frictions d'onguent napolitain et du mercure par la méthode endermique. Cette dernière manière d'administrer le médicament ne parut produire aucun effet. Dans quelques cas on a donné 20 grains de calomel en une fois, toutes les deux ou trois heures. Des doses très-fortes ne parurent pas agir plus vite que des doses faibles, et semblèrent nuire en produisant des ulcères mercuriels. L'affection de la bouche par le mercure parut toujours un bon signe, mais ne fut pas toujours le signe d'une guérison assurée.

Un vésicatoire sur tout le ventre, après que l'on eut appliqué des sangsues en suffisante quantité, parut souvent faire du bien.

L'autopsie fit presque toujours reconnaître que le siége du mal était dans le bas-ventre. Le péritoine fut trouvé le plus souvent affecté; on y rencontra les traces de l'inflammation et ses produits. Dans plusieurs cas, il y avait en même temps épanchement dans la poitrine. Le plus souvent l'utérus paraissait sain, quelquefois ramolli et affaissé. Les ovaires étaient le plus souvent malades, hypertrophiés, ramollis; ce qui explique la stérilité de jeunes femmes qui ont été sous le poids de cette maladie.

Enfans mort-nés. Un grand nombre d'enfans sont nés dans un état de putréfaction. Dans le nombre total des mort-nés, qui se monta à 1121, il y en eut 527 en putréfaction. Il faut y compter 293 nés avant terme. L'auteur croit

pouvoir attribuer beaucoup de ces morts prématurées à une cachexie syphilitique des mères.

Enfans morts à l'hôpital. Il faut y comprendre tous les enfans morts dans les dix premiers jours après leur naissance. De 16,654, il en mourut 284 (par conséquent 1 sur 58 1/2). Proportion très-petite si l'on pense que dans ce nombre sont compris les enfans nés avant terme. Trente-sept enfans ont été atteints de *trismus.*

On donne encore, à Dublin (à l'hôpital), à chaque enfant nouveau-né, cinq ou six heures après la naissance, 1 grain de calomel, et huit ou dix heures plus tard, de petites doses d'huile de ricin, pour chasser le méconium.



CORRESPONDANCE.

A Messieurs les Rédacteurs des Archives médicales de Strasbourg.

Mes chers confrères et amis,

Les fondateurs des *Archives médicales* avaient pensé que Strasbourg, capitale d'une grande province, siége d'une vieille et illustre Académie, limitrophe de l'Allemagne, pouvait et devait avoir un Journal de médecine. Quoique son utilité fût incontestable et son but excellent, ce n'est qu'avec beaucoup d'efforts que le journal est parvenu à la fin de la première année; les travaux avaient manqué, et la caisse était presque épuisée. Confiants dans l'avenir, nous ne nous sommes pas laissé abattre par une première perte, et nous avons pris, à nos propres frais, la continuation des *Archives*. Ni l'ambition, ni le désir du gain ne pouvaient nous engager à cette entreprise toute patriotique, je ne crains pas le dire: car, tous, nous pouvions nous adresser à la presse parisienne qui est européenne.

Nous voici arrivés à la fin de la seconde année. — Avons-nous été plus heureux que nos prédécesseurs? Non — même retard dans les publications, faute de matériaux, et nouvelle perte.

A quoi faut-il attribuer ce nouvel échec? Je l'avoue franchement et avec peine: excepté trois ou quatre de nos

savans confrères que nos lecteurs connaissent très-bien, tous les autres qui, en apparence, devaient être le plus intéressés à avoir un Journal, et qui étaient le plus à même de nous aider de leur plume, nous ont complétement abandonnés *sous tous les rapports*.

Comme notre journal devait être l'organe de tous les médecins et non pas d'un petit nombre de personnes, et par les considérations que j'ai énoncées plus haut, je me vois dans la triste nécessité de me séparer de vous comme rédacteur, tout en restant associé à votre entreprise par mes vœux et par mes travaux.

Tout à vous, chers confrères et amis.

Strasbourg, le 1er juin 1837.

MAURICE RUEF.

Nous regrettons vivement que notre confrère et ami, le docteur Ruef, ait pris le parti de se séparer de nous, et se soit laissé décourager par quelques échecs qu'il était facile de prévoir, et auxquels on peut toujours s'attendre en province quand on entreprend une publication quelconque. Nous ne saurions nier aucun des faits relatés dans la lettre qu'on vient de lire. Sans doute nous pouvions espérer une coopération plus active, et surtout plus générale de la part de nos confrères, soit de Strasbourg, soit de l'Alsace; sans doute nous devions nous attendre à un accueil plus empressé de la part du public médical en général, d'autant plus que notre Journal, fondé en grande partie dans le but de faire connaître les productions de l'Allemagne, remplissait par là une lacune vivement sentie.

Mais si nous sommes d'accord avec notre confrère sur

les faits, nous sommes loin de leur attribuer la même cause.

Nous ne devons pas oublier que les travaux originaux ne peuvent occuper, dans nos *Archives*, qu'une très-petite place. Notre but principal, encore une fois, est la revue des faits et des doctrines publiés au delà du Rhin : c'est là ce qui intéressera toujours le plus nos lecteurs, c'est là ce qui donne une couleur locale à notre recueil, et le met tout à fait en dehors des autres publications périodiques.

Si nous voulions rechercher la cause principale du peu de succès signalé par M. Ruef, nous la trouverions dans l'indifférence avec laquelle on est porté à accueillir ce qui n'émane pas de la capitale, ainsi que dans les obstacles de tout genre qu'une publication scientifique rencontre en province.

Quoiqu'il en soit, nous persisterons dans notre entreprise, parce que nous avons la conscience de son utilité, parce que nous sommes persuadés que nos *Archives* possèdent tous les élémens de succès, et ne pourront que prospérer, quand elles seront mieux connues ; l'Alsace médicale ne laissera pas périr le seul organe qu'elle possède et qu'elle a accueilli avec empressement, dès son apparition.

A. Lereboullet, J. Maugin, Ch. Schützenberger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

1° *Analecta quædam ad sectionis cæsareæ antiquitates*, auct. JUL. ROSENBAUM (Halle, 1836, in-8°, 32 pag.). — Dissertation sur l'antiquité de l'opération césarienne.

2° *Taschenbuch der Haut-Krankheiten*, etc. — *Manuel des maladies de la peau, d'après le système de Villan-Bateman;* par L. CALMANN. (Leipzig, 1837. XX et 314 pag. in-12). — L'auteur a suivi la classification de Bateman; mais il a su mettre à profit les ouvrages de Rayer, Cazenave et Schedel, Gibert, Green, Mason Good, etc.; ce qui rend son travail très-intéressant, et surtout très-commode pour le médecin praticien, qui éprouve souvent de grandes difficultés dans la diagnostic de ces affections.

3° *Von den Wirkungen der gebräuchlichen Metalle auf den menschlichen Organismus*, etc. — *De l'action des métaux sur l'organisme humain en général, et de la liqueur de cuivre ammoniacal, ainsi que d'autres préparations de cuivre en particulier;* par J. RUD. KÖCHLIN (Zurich, 1837, XII et 186 pag. in-8°). — Ouvrage utile, consacré surtout aux expériences faites depuis 1818, avec la teinture antimiasmatique de Köchlin, mais qui renferme aussi des considérations importantes sur l'action des principaux métaux.

4° *De limitanda laude auscultationis. Præmissa est brevis hujus artis historia;* scripsit doctor JUL. HOFMANN. Lipsiæ, 1836, in-8°, 72 pag. — Ce livre est très-intéressant par la manière complète dont l'auteur a traité son sujet. Il

est divisé en trois parties, dont la première est consacrée à l'histoire de l'auscultation, la deuxième aux ouvrages publiés sur cette matière, et la troisième, la plus importante, à l'appréciation de cette méthode d'exploration.

5° *Medizinische Beobachtungen*, etc. — *Observations de médecine;* par J. D. W. Sachse; t. Ier, contenant des *Recherches sur l'action et l'usage des bains, en particulier des bains de mer de Doberan* (Berlin, 1835, in-8° 337 pag.). — L'auteur, connu du monde médical par d'importans travaux, donne ici le résultat de 40 années d'études et d'observations pratiques. Il traite, dans cet ouvrage, de toutes les questions qui se rattachent à l'histoire des bains, en général, et en particulier des bains de mer de Doberan, petite ville du duché de Mecklenbourg, sur la Baltique, à quelque distance de Rostock. Ce livre peut être considéré comme l'un des plus utiles qui aient été publiés sur ce sujet.

6° *General-Rapport über die asiatische Cholera zu Prag*, etc. — *Rapport général sur le choléra asiatique de Prague, pendant les années* 1831 *et* 1832, *suivi de remarques sur l'épidémie de* 1836; par J. V. Krombholz (Prague, 1836, in-4°, 134 pag.).

7° *Die Behandlung der Cholera mit Eis.* — *Traitement du choléra par la glace;* par le docteur G. Husemann. (Erlangen, 1837, in-8°, 52 pag.) — Travail utile et bien fait.

8° *Die Lehre von den Augen-Krankheiten.* — *Traité des maladies des yeux;* par le professeur Jungken; 2e édition, augmentée et accompagnée d'un tableau pour servir au diagnostic des phlegmasies oculaires (Berlin, 1836, in-8°, XXVI et 995 pag.).

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE QUATRIÈME VOLUME,

PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.



